



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

TAMARA AVELINE DE SOUZA

**O trabalho empático na assistência tardia ao abortamento ilegal: um estudo sobre
a empatia e seu impacto na saúde mental do trabalhador**

Belo Horizonte

2019

TAMARA AVELINE DE SOUZA

O trabalho empático na assistência tardia ao abortamento ilegal: um estudo sobre a empatia e seu impacto na saúde mental do trabalhador

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

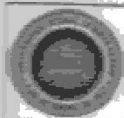
Linha de pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Arianne Agnes Corradi

Belo Horizonte

2019

150	Souza, Tamara Aveline .
S729t	O trabalho empático na assistência tardia ao abortamento
2019	ilegal [manuscrito] : Um estudo sobre a empatia e seu impacto na saúde mental do trabalhador / Tamara Aveline Souza. - 2019.
	105 f.
	Orientadora: Ariane Agnes <u>Corradi</u> .
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	Inclui bibliografia.
	1. Psicologia - Teses. 2. Empatia – Teses. 3. Trabalho – Teses. 4. Aborto - Teses. 5. Saúde mental - Teses I. Corradi, Ariane Agnes . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

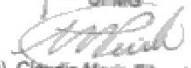
"O trabalho empático na assistência tardia ao abortamento ilegal: um estudo sobre a empatia e seu impacto na saúde mental do trabalhador".

TAMARA AVELINE DE SOUZA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Aprovada em 04 de fevereiro de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a).  Ariane Agnes Corradi - Orientador
UFMG

Prof(a).  Cláudia Maria Filgueiras Penido
UFMG

Prof(a).  Sônia Maria Guedes Gondim
Universidade Federal de Bahia

Belo Horizonte, 12 de julho de 2019.

À minha mãe, pela inspiração de força e luta.

Agradecimentos

Chega ao fim os dois anos de pesquisa para obtenção do título de mestra em psicologia social pela Universidade Federal de Minas Gerais. Revejo esse percurso com muita alegria e serenidade, graças ao apoio afetuoso que recebi. É reconhecendo esse apoio que faço uso desse espaço para expressar minha gratidão àqueles cujo cuidado e carinho me trouxeram até aqui.

Inicio minhas gratulações pelos meus amados pais, Pedro e Marta. Esses que se doaram diariamente para oferecer a mim e à minha irmã o acesso à educação que não tiveram. Ainda não encontro palavras para simbolizar o tamanho da minha gratidão pela dedicação amorosa de vocês. Muito obrigada por me proporcionarem tanto!

Agradeço à minha irmã e amiga, Nayara Otaviana, que desde o processo seletivo para inserção no mestrado contribuiu para a minha reflexão sobre a integralidade do cuidado à saúde das mulheres. Nossas vivências e reflexões me transformaram em uma profissional mais sensível e um ser humano mais empático. Muito obrigada por me fazer crescer tanto!

Agradeço ao querido Juliano Faria por estimular o meu crescimento pessoal e profissional. Você me encoraja a voar. Muito obrigada por ter sido presença doce e leve em mais uma caminhada!

Agradeço à minha orientadora Professora Dra. Arianne Agnes, por se dedicar com carinho e paciência ao processo de produção desse estudo. Muito obrigada pelas trocas, pelos ensinamentos e pelo companheirismo!

Agradeço aos membros do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde pelo apoio e pela contribuição à minha pesquisa. Em especial, agradeço à aluna de iniciação científica Mariana de Oliveira pela participação na coleta de dados e transcrição das entrevistas. Muito obrigada pela dedicação!

Agradeço às instituições de saúde onde trabalhei durante a realização do mestrado, sobretudo pela flexibilidade e compreensão pelas ausências necessárias para a conclusão dessa pesquisa.

Por fim, agradeço à FAPEMIG pela bolsa de Apoio Técnico em Pesquisa no Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde que me possibilitou meses de dedicação exclusiva à pesquisa, contribuindo, assim, para o avanço desse estudo.

A reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua vida e seus sonhos. É necessário que se deixe de romantizar o poder que pode existir da conexão biológica da mulher com a Maternidade. É fundamental deixar de subestimar o poder repressivo sobre as mulheres que se estabelece com essa conexão. Pois essa visão "reprodutiva" das mulheres é muito menos o resultado de sua condição biológica e, acima de tudo, determinada pela organização social e cultural. E não se pode deixar de reconhecer que essa organização tem, até hoje, buscado cercar os esforços das mulheres para ganhar um pouco de espaço de controle sobre suas vidas e seus corpos e para expressar livremente sua sexualidade.

Ministério da saúde, 2001, p. 15.

Souza, T. A. (2019). *O trabalho empático na assistência tardia ao abortamento ilegal: um estudo sobre a empatia e seu impacto na saúde mental do trabalhador*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A empatia é um fenômeno multidimensional e multideterminado. No campo do trabalho em saúde materna as políticas públicas ministeriais instigam o desenvolvimento da empatia por parte dos trabalhadores, reconhecendo nela a possibilidade para reverter o cenário de violações dentro dos serviços de saúde. As violências obstétricas nos serviços de saúde revelam a falência das relações entre os atores sociais, especialmente entre os profissionais de saúde e o grupo de mulheres que buscam assistência clínica e cirúrgica tardiamente após complicações decorrentes da realização ilegal do aborto. O desenvolvimento da empatia, que, nesse contexto, traz condições para melhoria da qualidade da assistência, por outro lado poderá impactar a saúde mental dos trabalhadores. A fadiga e satisfação por compaixão são respostas ao trabalho empático, que evidenciam o caráter ambíguo que a empatia assume na saúde mental dos trabalhadores. Dito isso, questionamos: Afinal, qual o impacto da empatia na saúde mental dos profissionais que atuam no cuidado tardio às mulheres que realizaram um aborto ilegalmente? Para responder essa questão essa pesquisa de mestrado teve como objetivo principal identificar a relação entre a empatia e a saúde mental dos profissionais de saúde atuantes no contexto em questão. Para alcançar esse objetivo foi realizado um estudo exploratório qualitativo sustentado por seis entrevistas episódicas realizadas com profissionais da obstetrícia e da perinatalidade. Essas entrevistas foram analisadas e interpretadas a partir da Teoria Fundamentada. Verificamos que a empatia é instrumento de trabalho no campo da saúde, uma vez que através dela faz-se possível acessar a dor e o sofrimento das pacientes. O desenvolvimento da empatia no cuidado tardio das

mulheres que induziram o aborto potencialmente é inibido pelos indutores sociais, pela atribuição de causalidade, pelas condições de trabalho e pela história psicossocial dos trabalhadores. Apesar desses inibidores, os profissionais de saúde despendem esforços cognitivos internos para regular suas emoções no trabalho e acessarem a dor e o sofrimento dessas mulheres. Esses esforços impactam a saúde mental dos trabalhadores, gerando, sobretudo, desgaste emocional. Concluimos que a oferta de condições dignas de trabalho que favoreçam o prolongamento do tempo despendido ao cuidado dessas mulheres e que contribuam para a integralidade do cuidado, bem como a reformulação curricular na formação em saúde poderão contribuir para o desenvolvimento da empatia. Essa contribuição para o desenvolvimento da empatia traz subsídio para melhoria da qualidade da assistência às mulheres que decidem interromper espontaneamente a gestação e para a promoção de experiências gratificantes no trabalho.

Palavras-chave: Empatia; Fadiga por Compaixão; Satisfação por Compaixão; Saúde do trabalhador; Abortamento induzido.

Souza, T. A. (2019). *Empathic work on late care for illegal abortion: a study on empathy and its impact on workers' mental health*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Empathy is a multidimensional and multidetermined phenomenon. In the field of maternal health work, ministerial public policies encourage the development of empathy by workers, recognizing in it the possibility to reverse the scenario of violations within health services. Obstetric violence in health services reveals the failure of relationships between social actors, especially among health professionals and the group of women who seek late clinical and surgical care after complications resulting from an illegal abortion. The development of empathy, which, in this context, provides conditions to improve the quality of care, on the other hand may impact the mental health of workers. Fatigue and compassionate satisfaction are responses to the empathic work, which evidence the ambiguous character that empathy assumes in the mental health of workers. This study asks: What is the impact of empathy on the mental health of professionals who work in late care for women who performed an abortion illegally? To answer this question, this master's research aimed to identify the relationship between empathy and mental health of health professionals working in this context. To achieve this objective, a qualitative exploratory study was carried out, supported by episodic interviews conducted with obstetrics and perinatal professionals. These interviews were analyzed and interpreted using Grounded Theory. We have identified that empathy is an instrument of work in the field of health, since through it it is possible to access the pain and suffering of patients. The development of empathy in the late care of women who induced abortion is potentially inhibited by social inducers, attribution of causality, working conditions and the psychosocial history of workers. Despite these inhibitors, health professionals spend

internal cognitive efforts to regulate their emotions at work and access the pain and suffering of these women. These efforts impact the mental health of workers, generating, above all, emotional exhaustion. We conclude that the provision of decent work conditions that favor the extension of the time spent caring for these women and that contribute to the integral care, as well as the curricular reformulation of health courses, may contribute to the development of empathy. This contribution to the development of empathy brings support to improve the quality of care for women who decide to stop a gestation spontaneously and to promote rewarding experiences at work.

Keywords: Empathy; Compassionate fatigue; Compassion satisfaction;
Worker's health; Induced abortion

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 - Comparativo entre fadiga por compaixão, estresse pós-traumático secundário e bournout	32
Figura 2 - Aspectos psicossociais da empatia no contexto da ajuda	56
Figura 3 - Códigos indutivos e dedutivos usados na pesquisa	60
Figura 4 - Redes semânticas emergentes do conceito de "Preocupação Empática"	63
Figura 5 - Redes semânticas emergentes do conceito de "Angústia Pessoal"	68
Figura 6 - Rede semântica AB emergente do conceito "Tomada de Perspectiva"	70
Figura 7 - Rede semântica AG emergente do conceito "Tomada de Perspectiva"	71
Figura 8 - Redes semânticas emergentes do conceito "Continuar conectado ao sofrimento das pacientes"	81
Figura 9 - Redes semânticas emergentes do conceito "Desgaste"	85
Figura 10 - Redes semânticas emergentes do conceito "Satisfação por compaixão"	89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ARTIGO 1	17
2.1 Introdução.....	18
2.2 Empatia.....	20
2.2.1 Modelo de empatia de Davis	22
2.2.2 Antecedentes da empatia	23
2.3 Fadiga e Satisfação por Compaixão	27
2.4 Aborto induzido ilegalmente no Brasil.....	34
2.5 Discussão.....	39
2.6 Conclusão	44
3 ARTIGO 2	52
3.1 Introdução.....	53
3.2 Referencial teórico.....	55
3.3 Método	57
3.4 Resultados e discussão	60
3.4.1 Empatia: Preocupação Empática	61
3.4.2 Empatia: Angústia Pessoal	67
3.4.3 Empatia: Tomada de Perspectiva	69
3.4.4 Fadiga por compaixão: Desgaste	83
3.4.5 Satisfação por compaixão	87
3.5 Conclusão	91
3.6 Referências	96
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
5 REFERÊNCIAS	104
6 APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
7 APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	106

Introdução

O presente estudo foi desenvolvido a partir da minha experiência prática em alguns serviços de saúde pública na cidade de Belo Horizonte, experiência essa iniciada ainda na graduação por meio de estágios e continuada após formação acadêmica em psicologia. A partir desta, esta pesquisa foi desenvolvida com vistas a estudar as experiências empáticas emergentes no trabalhador de saúde durante a assistência voltada a grupos estigmatizados, a fim de compreender o impacto destas experiências na saúde mental do trabalhador.

Entre os diversos grupos estigmatizados no Brasil, assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), optamos pelo recorte da assistência voltada ao grupo de mulheres em situação de abortamento induzido. Esse recorte foi elegido a partir da compreensão do aborto como uma questão de saúde pública, cujos aspectos sociais, históricos e psicológicos sustentam o lugar marginalizado ocupado por essas mulheres dentro dos serviços de saúde (Brasil, 2001; 2005; 2011; Diniz et al., 2009; Borsari et al., 2012).

Para o exercício ético e respeitoso do trabalho em saúde voltado a essa população, os profissionais devem abdicar dos julgamentos morais, ultrapassando, portanto, os indutores sociais que permeiam esse contexto. No entanto, Lemos e Russo (2014) e Madeiro e Rufino (2017), ao evidenciarem a prevalência de violências obstétricas direcionadas às mulheres que buscam o cuidado tardio após a realização de um aborto, revelam que os indutores sociais marcam incisivamente a prática do cuidado de muitos profissionais de saúde.

Para Deslandes (2005), Motta, (2005), Aguiar (2009) e Barbosa et al. (2012) a empatia é a base fundamental para reverter o alarmante quadro de violações de direitos dentro dos serviços de saúde. Afinal, a empatia poderá promover uma boa relação entre

pacientes e profissionais de saúde, melhorar a compreensão e comunicação entre as partes e, assim, potencializar a competência clínica dos trabalhadores.

De acordo com Figley (1995) e Lago (2008, 2013), apreender o ponto de vista das pacientes, compreender suas motivações e seu posicionamento subjetivo no mundo, repercute não apenas na qualidade da assistência oferecida às usuárias, mas também nas emoções e na própria saúde mental dos profissionais. Essa repercussão assume caráter ambíguo, capaz de promover condições para o adoecimento mental laboral ou, ainda, para a promoção de experiências gratificantes no trabalho.

Dito isso, reconhecemos a potência da empatia, seja para a garantia da qualidade da assistência, seja para a promoção da qualidade de vida do trabalhador. Em vista disso, o estudo da empatia no contexto em questão traz subsídios teóricos e epistemológicos para o reconhecimento dos processos psicossociais que determinam as relações estabelecidas entre os profissionais e as usuárias dos serviços de saúde. Identificamos nessas relações condições para garantia do direito à assistência humanizada dessas mulheres e para promoção de saúde mental no trabalho. Assim, essa pesquisa de mestrado se justifica pela possibilidade de ampliar as discussões acerca das políticas públicas de saúde voltadas a essa população e ampliar, também, as intervenções institucionais para produção de condições de trabalho que favoreçam o desenvolvimento da empatia nos trabalhadores e tragam bem-estar durante o exercício do trabalho.

As discussões apresentadas nesse estudo estão organizadas no formato de 2 artigos independentes. O primeiro deles, intitulado “Empatia: Entre a fadiga e a satisfação por compaixão”, foi estruturado como um texto teórico e teve como objetivo geral apresentar uma discussão sobre a empatia no contexto do cuidado tardio ao abortamento induzido e o impacto dessa na saúde mental dos trabalhadores que atuam nesse contexto.

O segundo deles é um artigo empírico de caráter qualitativo intitulado “A experiência empática dos trabalhadores no cuidado tardio ao abortamento e os efeitos sobre sua saúde mental”. Esse teve como objetivo geral identificar a experiência empática dos profissionais de saúde que atuam no contexto do cuidado tardio às mulheres que induziram um aborto.

O acesso equitativo aos serviços públicos de saúde, garantido pelo texto constitucional, muitas vezes está em jogo diante das emoções que atravessam cada indivíduo que constitui uma equipe multiprofissional (Tesser et al., 2013; Madeiro & Rufino, 2017; Barbosa et al., 2012). Assim, concluímos que o bom gerenciamento das emoções e o desenvolvimento da empatia pelos profissionais estão no cerne da garantia ao direito ao acesso humanizado em saúde às mulheres que buscam os serviços de saúde após provocar a interrupção da gestação. Essa garantia de direito produz efeitos positivos à saúde mental do trabalhador, uma vez que amplia o efeito positivo do trabalho às usuárias do serviço, impulsionando as experiências gratificantes no trabalho.

Artigo 1

Empatia e saúde mental do trabalhador no cuidado tardio ao aborto ilegal

Resumo

Esse estudo teve como objetivo apresentar uma discussão teórica sobre a empatia no contexto do cuidado tardio ao abortamento ilegal e o impacto ambíguo dessa na saúde mental dos trabalhadores. No contexto estudado, a empatia encontra um contingente social, cultural e psicológico propício para a sua inibição, dado o caráter moral e religioso que perpassa a percepção social acerca da prática abortiva no país. Essa condição implica no não reconhecimento dos estados emocionais manifestados por essas mulheres durante a assistência. Desse modo, os profissionais frequentemente não reconhecem o efeito do seu trabalho na remissão da dor e sofrimento de suas pacientes. Em vista disso, o desenvolvimento da satisfação por compaixão é pouco provável nesse contexto, bem como o é o desenvolvimento da fadiga por compaixão

Palavras-chave: Empatia; Fadiga por Compaixão; Satisfação por Compaixão; Saúde do trabalhador; Abortamento induzido.

Abstract

This study aimed at presenting a theoretical discussion about empathy in the context of late care to induced abortion and the ambiguous impact of empathy on workers' mental health. In the context studied, empathy finds social, psychological and cultural contingencies conducive to its inhibition, given the moral and religious character that permeates the practice of abortion in the country. This condition implies in the non-recognition of the emotional states manifested by these women during the care. Thus, professionals often fail to recognize the effect of their work on remission of the pain and suffering of their patients. In view of this, the development of compassionate satisfaction is unlikely in this context, as is the development of compassionate fatigue

Keywords: Empathy; Compassionate fatigue; Satisfaction with Compassion; Worker's health; Induced abortion.

Introdução

Este estudo foi desenvolvido com vistas a apresentar uma discussão teórica sobre a empatia no contexto do cuidado tardio ao abortamento induzido e o impacto dessa na saúde mental dos trabalhadores. A escolha do contexto se justifica pelo fato de o abortamento induzido ser uma prática criminalizada, que concentra conteúdos morais, preconceituosos e discriminativos comuns a vários grupos marginalizados socialmente (Madeiro & Rufino, 2017).

Para Davis (1983) e Escrivá et al. (2002) a empatia é um fenômeno psicossocial, multidimensional e multideterminado. Em vista disso, dentro ou fora dos serviços de saúde, a empatia será experienciada e manifestada conforme os indutores sociais, culturais e contextuais, os quais poderão inibir ou potencializar seu desenvolvimento.

Nos serviços de saúde a empatia exerce papel fundamental na construção de vínculos sadios e pode contribuir para a erradicação de práticas desumanas e violações de direitos, muitas vezes, presentes no exercício do cuidado. Dito isso, compreendemos que a empatia é uma competência interpessoal adicional ao trabalho em saúde (Bandura 1987, apud Escrivá et al. 2002; Davis, 1983; Takaki e Sant'Ana, 2004; Aguiar, 2009; Lago 2008, 2013; Scholze et al. 2009; Martins, 2011; Amaro, 2016).

Além de impactar qualitativamente a assistência, a empatia poderá produzir efeitos à saúde mental dos trabalhadores, configurando um custo emocional ao profissional. Por vezes, esse custo é manifestado pelo seu desgaste físico e mental frente à exposição crônica ao sofrimento e à dor dos pacientes (Lago, 2008; 2013). A este custo emocional Figley (1995) nomeou de fadiga por compaixão. A fadiga por compaixão é, portanto, um tipo de estresse laboral resultante da exposição secundária, crônica e empática ao sofrimento dos pacientes.

Por outro lado, a exposição a estes mesmos conteúdos de trabalho e emoções pode ser geradora de prazer diante da possibilidade de reduzir o sofrimento e a dor dos usuários, a partir da atividade do trabalho. Ao contrário da fadiga por compaixão, a satisfação por compaixão é a consequência saudável do desempenho de atividades de cuidado, é a recompensa pela tensão e pelo desgaste que esse tipo de atividade gera naqueles que a executam (Collings & Long, 2003; Lago, 2008; 2013).

A fadiga e a satisfação por compaixão, desde os seus primeiros estudos (Joison, 1992; Figley, 1995; Stamm, 1997), vêm sendo associadas ao trauma. O estudo da fadiga e satisfação por compaixão no contexto do trabalho na atenção à saúde voltada às mulheres que provocaram o aborto inaugura um campo de reflexões ainda não explorado.

O lugar social que o abortamento induzido ocupa hoje no Brasil e na América Latina foi construído historicamente, sobretudo, a partir do período colonial. A igreja, junto ao Estado, normatizou os ritos de vida e morte, condenando qualquer autonomia da mulher sobre sua vida reprodutiva. Assim, foram instituídos dispositivos de controle sobre o corpo e vida das mulheres, os quais norteiam o olhar social sobre a prática abortiva (Priore, 1993).

Essa herança cultural se faz presente no cotidiano e nos serviços públicos, especialmente nos serviços públicos de saúde (Priore, 1993; Brasil, 2001; Barbosa et al. 2012). Nesses, os atravessadores sócio-históricos incidem sobre a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços e podem impactar no desenvolvimento da empatia dos trabalhadores em relação às mulheres que induziram um aborto.

Assim sendo, o contexto do cuidado ao abortamento tardio constitui um campo de importante dilema ético e ambiguidades emocionais. Afinal, os indutores sociais e culturais, potencialmente promovem o afastamento empático dos profissionais de saúde

em relação às mulheres que realizam esta prática (Escrivá et al. 2002; Myers, 2014). Por outro lado, o contexto do trabalho em saúde demanda frequentemente o desenvolvimento da empatia dos trabalhadores, para que seja possível compreender e apaziguar a dor e o sofrimento dos pacientes (Figley, 1995; Lago, 2008; 2013; Aguiar, 2009; Scholze et al. 2009; Amaro, 2016).

Em vista disso questionamos: Como a empatia pode influenciar a saúde mental do trabalhador nesse contexto do cuidado? Para responder essa questão, o objetivo geral desse trabalho é apresentar uma reflexão teórica da empatia à luz do contexto do cuidado tardio às mulheres que realizaram o aborto ilegal. Esse objetivo se divide em: (a) promover uma reflexão teórica acerca da empatia nos trabalhadores atuantes no contexto do abortamento induzido; (b) discutir o conceito de fadiga e satisfação por compaixão como consequência dos atravessadores da empatia identificados nesse contexto.

Este estudo amplia as possibilidades de discussão da empatia dos trabalhadores de saúde que atuam em contextos de conflitos éticos e morais. Sendo assim, contribui para o avanço teórico dos conceitos de fadiga e da satisfação por compaixão no âmbito da saúde do trabalhador, com potenciais impactos na qualidade da atuação profissional.

Empatia

Segundo Falcone et al. (2008, apud Martins, 2011) no século XIX, na Alemanha, a palavra “empatia” encontrou na Teoria da Estética o pioneirismo das discussões teóricas e conceituais. Neste período, a expressão *emfühlung* designava o fenômeno da empatia como a projeção da percepção de um objeto estético a outrem. Em 1903, a partir de Lipps (apud Martins, 2011) este conceito assume nova perspectiva e passa a ser referido como relação ou tomada de perspectiva do outro, na qual um observador percebe uma emoção emitida por alguém e, por conseguinte, passa a sentir a mesma emoção. Mais tarde, Burns e Auerbach (1996, apud Martins, 2011) traduziram o vocábulo alemão para o inglês

empathy, do grego *empátheia* (em- ‘para dentro’ + pathos ‘sentimento’), ampliando, pela primeira vez, a abrangência do conceito às interpretações e discussões em outra língua que não a alemã. Foi catalisada, assim, a multiplicidade conceitual que perdura até os dias atuais.

Na atualidade essa multiplicidade conceitual sustenta duas abordagens. A primeira trata a empatia a partir de uma perspectiva natural e inata. Nessa, está concebido que os seres humanos nascem predispostos a desenvolverem empatia desde a tenra infância. Em vista disso, Hoffman (1981) e Werneken e Tomasell (2006) (citados em Myres, 2014), propuseram-se a estudar a empatia em recém-nascidos e, assim, sugerem que os “seres humanos são programados para a empatia” (Myres, 2014, p. 326).

A segunda abordagem, por sua vez, trata dos aspectos psicossociais e morais que atravessam o conceito de empatia, configurando uma abordagem complementar à literatura que propõe o caráter inato deste fenômeno. Essa abordagem concebe que os seres humanos atribuem sentidos diversos ao sofrimento e à dor do outro (Davis, 1983; Escrivá et al. 2002). Deste modo, é possível, através de cada interpretação pessoal, ampliar, amenizar ou até mesmo ignorar a necessidade de ajuda anunciada por alguém. Por meio dessa interpretação, que impreterivelmente será atravessada pela cultura, é atribuído valor acerca do sofrimento e da necessidade de ajuda das pessoas. Essa condição poderá eliciar ou inibir o desenvolvimento da empatia (Davis, 1983; Schwartz & Fleishman, 1978/2014).

Apoiados na segunda abordagem, aqui trabalharemos a concepção de empatia como um construto psicossocial. Essa escolha se justifica pela possibilidade que essa abordagem nos oferece para a construção de um saber ampliado, capaz de trazer visibilidade à empatia no contexto do trabalho, sobretudo, ao sustentar a cultura e o social

nos processos intra e interpessoais, abrindo caminhos para intervenções em prol do desenvolvimento da empatia no trabalho.

Dentro dessa abordagem, o Modelo de Davis (1983) sustentará nossa discussão, uma vez que esse promove a compreensão dos processos empáticos na relação, frisando sua função social. O autor sustenta, ademais, as interrelações entre componentes cognitivos e afetivos da empatia indicando que as pessoas experimentam diferentes tipos de experiências emocionais durante os episódios empáticos.

Em vista disso, esse modelo teórico permite a compreensão sobre as especificidades que abarcam cada experiência empática. Ele nos mostra que a empatia pode encontrar formas múltiplas de ser vivenciada e expressada. Logo, Davis (1983) traz subsídios teóricos para nossa reflexão acerca do desenvolvimento da empatia nas relações em contextos de conflitos éticos e morais, como é o contexto do trabalho voltado ao cuidado tardio ao abortamento ilegal.

Modelo de empatia de Davis

Para Davis (1983) a empatia é uma reação ao observar as experiências de outrem. Essa reação é um processo multidimensional que envolve componentes cognitivos e emocionais. Estes componentes foram nomeados pelo autor como Preocupação Empática; Angústia Pessoal; Fantasia e Tomada de Perspectiva. Os dois primeiros referem-se a aspectos emocionais da empatia e os demais aos aspectos cognitivos.

A Preocupação Empática refere-se à tendência de sentirmos preocupação por alguém, condição que elicia um interesse em atender às necessidades dos outros. Trata-se de um construto nuclear para o sentimento de simpatia e compaixão em relação aos demais. Assim, é estabelecida uma relação entre empatia e comportamento de ajuda (Davis, 1983).

A Angústia Pessoal refere-se à tendência de nos sentirmos ansiosos, tensos e inquietos diante da relação interpessoal. Pessoas com altos níveis desta dimensão são propensas a se sentirem desconfortáveis em contextos sociais emocionais, podendo levar ao afastamento emocional e à esquiva da relação com o outro. Esta dimensão da empatia está negativamente relacionada à Tomada de Perspectiva e à Preocupação Empática (Davis, 1983).

O terceiro componente da empatia, a Fantasia, diz respeito à habilidade de nos envolvermos emocionalmente com personagens fictícios. Este construto da empatia não impacta as relações interpessoais e, portanto, não está atrelado à função social (Davis, 1983). Por não estar atrelada à função social, não trabalharemos esta dimensão empática no nosso contexto de estudo.

A Tomada de Perspectiva, por fim, diz respeito à capacidade de inferirmos os sentimentos, pensamentos e emoções de outra pessoa, ou seja, tomar o ponto de vista do outro. A habilidade de se colocar no lugar do outro permite uma antecipação individual do comportamento e da reação das pessoas. Isto traz relações interpessoais mais suaves e recompensadoras, por isso este componente está atrelado diretamente à função social (Davis, 1983).

Antecedentes da empatia

No contexto do cuidado, as ações dos sujeitos que antecedem a sua necessidade de ajuda influenciam a maneira como tomamos seu ponto de vista, podendo implicar no nosso afastamento ou na nossa aproximação empática em relação a eles. Isso ocorre pois buscamos atribuir causas à necessidade de ajuda das pessoas. Assim, “se atribuímos a necessidade a uma situação incontrolável, ajudamos. Se atribuímos a necessidade a uma

escolha da pessoa, a justiça não nos obriga a ajudar e dizemos que a culpa é da própria pessoa” (Myres, 2014, p. 322).

A atribuição de causalidade é uma tentativa de compreendermos e de explicarmos o ambiente em que vivemos. Para Weiner (1985) a atribuição de causalidade dependerá do significado subjetivo que a causa possua para o indivíduo. Nesse sentido, a mesma causa pode ser interpretada de formas distintas.

No cuidado oferecido a outrem, tais atribuições têm influência sobre as emoções e sobre a motivação em ajudar àqueles que necessitam. Em vista disso, afirma-se que a atribuição de causalidade impacta na intenção e no próprio comportamento, que nesse contexto corresponderia ao próprio comportamento de ajuda (Escrivá et al. 2002; Pilati et al. 2008; Martins, 2011; Garcia & Boruchovitch, 2014).

Portanto, a partir do modelo teórico de Davis (1983), temos que a Tomada de Perspectiva e a Preocupação Empática poderão ser influenciadas pela atribuição de causalidade. Afinal, essa influenciará o modo como tomamos o ponto de visto do outro, bem como influenciará nossa intenção de ajuda.

Apesar de o profissional da saúde normativamente não poder ser seletivo no seu comportamento de ajuda, a empatia, ainda assim, será eliciada de maneira seletiva. A ativação seletiva da empatia será determinada pela interação entre a Preocupação Empática e a Tomada de Perspectiva, influenciadas pela atribuição de causalidade e pelas variáveis situacionais, sociais e culturais que compõem a cena do cuidado. Essas variáveis são nomeadas indutores sociais (Bandura, 1999, apud Escrivá et. al. 2002).

A seletividade da empatia no contexto da assistência à saúde foi descrita nos estudos de Takaki e Sant’Ana (2004). De acordo com essas autoras, a maioria dos trabalhadores da saúde não é capaz de ser empático com todos os usuários. Entre os indutores sociais que dificultam o desenvolvimento da empatia foram destacadas as

características dos usuários (Escrivá et al. 2002). Esse argumento permite explicar diferenças entre as respostas empáticas direcionadas a grupos estigmatizados e a grupos sociais privilegiados. No Brasil, estas diferenças foram constituídas historicamente desde o período colonial e hoje são marcas de uma herança cultural racista, sexista, machista, misógina e elitista (Ferreira, 2013).

A cor, a etnia, a escolaridade, a classe econômica e o gênero são características pessoais que constituem os grupos sociais e determinam as relações interpessoais. Na assistência à saúde reprodutiva da mulher estas características estão associadas diretamente com a qualidade da assistência prestada. Não é por acaso que temos que a maioria das mulheres que já sofreu algum tipo de violência obstétrica¹ é negra, pobre e de menor escolaridade (Lima, 2016).

Para Escrivá et al. (2002) o comportamento agressivo está negativamente relacionado à Tomada de Perspectiva e à Preocupação Empática, dado que essas dimensões da empatia conferem aos sujeitos a capacidade de compreenderem as potenciais consequências negativas da agressão para si e para os outros. Assim, a empatia pode inibir comportamentos agressivos e favorecer a ocorrência de comportamentos pró-sociais. Logo, a violência obstétrica é a expressão de uma assistência não empática.

As condições de trabalho também foram descritas por Takaki e Sant'Ana (2004) como determinantes para o desenvolvimento da empatia no contexto da assistência em saúde. Essas constituem um conjunto de circunstâncias sob as quais são desenvolvidas as atividades laborais, que incidem na experiência laborativa e na dinâmica das relações de trabalho (Blanch et al. 2003, apud Costa 2012).

¹ Violência obstétrica diz respeito à apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde. Esta encontra várias formas de expressão, sendo algumas delas o tratamento desumanizado, o uso abusivo de medicação e a promoção da perda da autonomia feminina. O resultado da violência obstétrica está no impacto negativo na qualidade de vida da mulher (Sena & Tesser, 2017).

Segundo Costa (2012) as condições de trabalho podem ser apreendidas a partir das condições contratuais e jurídicas, das condições físicas e materiais, dos processos e características do trabalho e, por fim, das condições do ambiente sociogerencial. Takaki e Sant'Ana (2004) indicam que, entre as condições do trabalho, o tempo e as relações se mostraram determinantes no cuidado empático em saúde.

O tempo incide sobre o contato entre o trabalhador e o usuário do serviço, interferindo na qualidade das relações estabelecidas. Isto ocorre em função do volume da demanda em saúde, o qual inviabiliza o prolongamento do contato entre o profissional e o usuário do serviço, restando apenas poucos minutos de atendimento direcionado a cada usuário (Takaki & Sant'Ana, 2004).

As relações interpessoais entre os trabalhadores da saúde, por sua vez, são desenvolvidas em um ambiente propício para o surgimento de conflitos (Takaki e Sant'Ana, 2004). Estes conflitos estão presentes especialmente no contexto hospitalar, local onde o cuidado tardio ao abortamento ilegal ocorre. Nos hospitais, as relações entre os trabalhadores são marcadas pela hierarquia de poder, na qual o médico é o detentor do saber e os demais trabalhadores estão submetidos a ele. Assim, o ambiente hospitalar promove a manutenção da divisão de classes, implicando na desigualdade da autonomia e da valorização do trabalhador (Costa, 2012).

Em vista disso, as condições de trabalho são variáveis situacionais que poderão determinar a seletividade da empatia no ambiente de trabalho. Afinal, estas são capazes de afetar a Tomada de Perspectiva e a Preocupação Empática, já que, muitas vezes, inviabilizam a proximidade qualitativa da relação entre trabalhador e usuário do serviço e/ou impedem ações de cuidado integral, voltadas às especificidades da demanda dos pacientes. Podemos então concluir que, para a promoção da empatia no trabalho em saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), as condições de

trabalho precisam ser melhoradas. Por meio de condições adequadas e dignas de trabalho se faz possível o impacto positivo da empatia na qualidade das relações e do cuidado em saúde.

Portanto, temos que na assistência à saúde o trabalhador poderá encontrar formas de vivenciar e expressar sua empatia a partir do espaço que lhe é concedido dentro das organizações, o qual não está dado *à priori* e, por vezes, poderá sequer existir. Para o trabalhador, o custo emocional deste cuidado, cuja empatia tem se sustentado como um imperativo político e normativo, está na sua própria saúde mental (Lago, 2008; 2013).

O modelo de Davis (1983) colocou luz às mazelas que a empatia potencialmente produz à saúde mental, sobretudo ao indicar a Angústia Pessoal como dimensão emocional da empatia. Por meio dela, compreendemos que a empatia também está associada à vulnerabilidade emocional, medo e disfunção social.

Figley (1995), Lago (2008; 2013) e Amaro (2016), de forma similar a Davis (1983), buscam apreender o lugar ambíguo que a empatia pode ocupar nas relações e na saúde mental dos trabalhadores e chegam à conclusão que o trabalho empático e a exposição crônica do trabalhador ao sofrimento dos usuários cobram um custo emocional aos trabalhadores. A este custo emocional Figley (1995) nomeou de fadiga por compaixão.

Fadiga e Satisfação por Compaixão

O termo fadiga por compaixão foi cunhado por Joison (1992), para caracterizar um tipo de burnout que tinha como sua base a experiência empática de enfermeiras em relação aos seus pacientes. Neste momento não se pretendia criar um novo conceito, porém o uso deste termo levou estudiosos da área a questionarem se a fadiga por compaixão se referiria a um fenômeno diferente do burnout. Figley (1995) foi o precursor

desta discussão e sustentou as diferenças entre os termos, tornando-se teórico pioneiro nos estudos desta temática (Lago, 2008).

Stamm (1997, apud Lago, 2008), relata que o termo foi usado pela primeira vez por Figley em seu texto *Helping Traumatized Family* de 1991. O primeiro interesse de Figley foi apreender os impactos do trauma no psiquismo dos soldados da guerra. Para isso, sua pesquisa inicial contou com entrevistas de 800 soldados veteranos da guerra do Vietnã em 1970. Neste breve contato com os soldados, o autor discutiu não apenas a experiência da guerra, mas também a repercussão desta nos relacionamentos entre os soldados e seus familiares. Durante o desenvolvimento deste estudo, Figley tomou consciência e anunciou o impacto pessoal que a escuta dos soldados entrevistados lhe surtiu (Edwards, 2008).

Desse modo, os estudos sobre o trauma dos veteranos de guerra fizeram emergir reflexões acerca do impacto que a escuta de vítimas de trauma pode gerar aos trabalhadores da ajuda. Neste contexto, em 1995 o termo fadiga por compaixão foi usado por Figley para descrever o estresse pós-traumático secundário e o transtorno que decorre desse. Desse modo, passa a ser concebida a possibilidade de o sofrimento atingir não apenas àqueles que vivenciam diretamente o trauma, mas também àqueles que os cercam e os escutam.

Assim, Figley (1995) define a fadiga por compaixão como uma consequência natural resultante da exposição crônica e secundária ao sofrimento. Tratar-se-ia de um fenômeno previsível, tratável e que pode ser prevenido no contexto de trabalho voltado a pessoas que se encontram traumatizadas.

Anos mais tarde, de encontro com Figley (1995), Lago (2008, 2013) indica que os termos “fadiga por compaixão” e “estresse pós-traumático secundário” carregam especificidades etiológicas que inviabilizam a sua aproximação conceitual. Para este

autor, o estresse pós-traumático secundário é fruto de um evento estressor agudo, ao passo que a fadiga por compaixão decorre de repetidos esforços emocionais que exaurem os recursos individuais dos trabalhadores. Assim, Lago (2013) indica que “na ocorrência de um evento único e agudo, as vivências estão no âmbito da traumatização, na ocorrência de vários eventos crônicos, as vivências estão no âmbito da fadiga” (p. 78).

Em vista disso, temos que para Lago (2008, 2013) e Lago e Codo (2013) o sofrimento dos profissionais de saúde está ligado a um processo de contínua exposição a situações de dor e sofrimento específicas das condições do trabalho da ajuda. Desse modo, os autores ampliam o emprego do termo fadiga por compaixão para outros contextos, especialmente para o contexto do socorro. Assim, a fadiga por compaixão passa a ser associada ao trabalho que tenha como demanda a remissão da dor e do sofrimento (Lago, 2008).

A partir de Silva e Ribeiro-Filho (2011) e Conte (2010) entendemos que a dor é uma experiência proveniente de uma estimulação nociva ao organismo, que pode advir do ambiente externo ou do próprio organismo. Esta experiência é vivida de forma única e individual, embora seja determinada pela cultura, pelas relações sociais e pela situação. A dor é o estímulo basal para o desenvolvimento do sofrimento humano. Contudo, muitos outros estímulos podem levar ao sofrimento, tais como o desconforto, a perda, a privação e as restrições.

Desta forma, quaisquer trabalhadores que exerçam sua atividade laboral voltada ao atendimento no contexto do cuidado, especialmente no campo da atenção à saúde, poderão estar à mercê da dor e do sofrimento dos seus pacientes. Em vista disso, consideramos que a fadiga por compaixão poderá impactar a saúde mental do trabalhador não apenas no contexto do socorro, como indicado por Lago (2008, 2013), mas em quaisquer contextos de exposição contínua à dor e ao sofrimento no trabalho de cuidado.

Na saúde mental do trabalhador, a fadiga por compaixão apresenta sintomas que se manifestam através do sentimento de inabilidade no fazer laboral, diminuição da empatia e, por conseguinte, menor capacidade de ouvir e oferecer ao outro estratégias de autorregulação, sensação de estar conectado excessivamente aos problemas e dificuldades dos pacientes, além do sentimento de exaustão (Amaro, 2016).

A ideia de exaustão pelo trabalho, decorrente da exposição crônica ao sofrimento e à dor, por vezes, leva alguns teóricos a associar a fadiga por compaixão à síndrome do burnout. Neste contexto, alguns teóricos usam os termos como sinônimos (Figley, 1995; Joison, 1992). Outros dissertam que o primeiro é preditor do segundo (Stamm, 2010). Essa é mais uma confusão conceitual a ser esclarecida.

“O Burnout é um fenômeno psicossocial relacionado ao contexto laboral e que acomete trabalhadores que desenvolvem suas atividades de forma direta e emocional com o público” (França et al. 2014. p. 3540). Trata-se de uma resposta ao estresse laboral crônico, que se manifesta através da exaustão emocional, da despersonalização e da falta de realização pessoal (Borges et al. 2006).

No Burnout, a exaustão emocional ocorre quando o sujeito percebe não possuir mais condições de despender a energia que seu trabalho demanda. A despersonalização caracteriza-se pelo afastamento emocional do trabalhador nas relações interpessoais durante a realização da atividade laboral, constituindo uma defesa frente à carga afetiva que o contato direto com o outro pode surtir. Por meio deste sintoma, “o profissional em burnout acaba agindo com cinismo, rigidez ou até mesmo ignorando o sentimento da outra pessoa.” (França et al. 2014, p. 3541). A reduzida realização profissional se expressa pela insatisfação de si e da execução do próprio trabalho, culminando em sentimentos de incompetência e baixa autoestima. As condições do trabalho têm sido apontadas como as principais causas para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, especialmente a

sobrecarga de atividades e os conflitos interpessoais (Borges et al. 2006; França et al. 2014).

De acordo com Amaro (2016), a distinção entre os termos fadiga por compaixão e burnout se dá através de algumas minúcias etiológicas e sintomatológicas. A primeira delas estaria no fato de o burnout estar presente em diferentes atividades laborais de atendimento, sobretudo naquelas que promovem a interrelação entre o trabalhador e o cliente. A fadiga por compaixão, ao contrário, dar-se-ia exclusivamente no contexto da ajuda direcionada àqueles que necessitam de cuidado diante de uma condição de sofrimento e dor. Ambos, fadiga por compaixão e burnout, apresentam sintomas de esgotamento físico e mental. Todavia, a fadiga por compaixão também está associada ao medo, tristeza, sentimento de desamparo, confusão e isolamento. Estas diferenças, bem como as diferenças entre fadiga por compaixão e estresse pós-traumático secundário estão expostas sucintamente na Figura 1.

Para Figley (1995) outras diferenças entre os fenômenos referem-se especialmente à maneira peculiar pela qual os sintomas da fadiga por compaixão são manifestados. Sem estarem ligados a uma causa real ou específica, os sintomas deste adoecimento surgem de forma súbita e inesperada. O burnout, ao contrário, é um processo que vai ocorrendo ao longo do tempo e sua recuperação face aos sintomas é mais custosa. Apesar das diferenças entre a fadiga por compaixão e a síndrome de burnout, ambas impactam o rendimento e eficiência do profissional, além de sua qualidade de vida (Collins & Long, 2003). Assim, a fadiga por compaixão não é sinônimo de estresse pós-traumático secundário, tampouco de síndrome de burnout. A fadiga por compaixão é a expressão do custo emocional de trabalhos no contexto da ajuda, os quais envolvem empatia e exposição crônica à dor e ao sofrimento.

Especialmente o trabalho do cuidado é atravessado pelas emoções, sentimentos e conflitos intensos provenientes do conteúdo do trabalho e das relações com os pacientes e seus familiares. Em vista disso, podemos concluir que conviver com o sofrimento gera sofrimento (Lago, 2008, 2013; Amaro, 2016).

Fadiga por compaixão	Estresse pós-traumático secundário	Burnout
• Etiologia: Exposição crônica e empática a dor e ao sofrimento de alguém. • Sintomas: Exaustão física e emocional; sentimento de inabilidade do fazer laboral; diminuição da empatia; sensação de estar conectado excessivamente aos problemas e dificuldades dos pacientes; medo; desamparo; tristeza e isolamento.	• Etiologia: Exposição secundária a um evento agudo disruptivo . • Sintomas: Pesadelos; Pensamentos e/ou sentimentos intrusivos que remetem à cena traumática vivida por outrem.	• Etiologia: Exposição crônica ao estresse laboral. • Sintomas: Exaustão emocional; Despersonalização e Falta de realização pessoal.

Quadro 1. Comparativo entre fadiga por compaixão, estresse pós-traumático secundário e burnout.

Não por acaso, a estratégia mais adotada pelos profissionais de saúde para suportarem essas condições tem sido o distanciamento emocional. Estratégia que, por sua vez, tem trazido consequências indesejáveis tanto para qualidade do serviço prestado quanto para a saúde dos profissionais (Lago, 2013, p. 47).

As colocações postas até agora sugerem o lado penoso e árduo da empatia no trabalho; entretanto a empatia não pode ser observada apenas como negativa ou adoecedora para o trabalhador. Há uma perspectiva positiva, a satisfação por compaixão, a qual diz respeito à recompensa emocional e simbólica diante do trabalho de cuidado com os sujeitos que sofrem. Trata-se da satisfação pelo trabalho diante da possibilidade

de diminuir, quiçá cessar, a dor alheia (Collings & Long, 2003). Sentimentos de satisfação e regozijo também são possíveis de serem sentidos diante do sofrimento de uma pessoa, na medida em que há esforços para interrompê-lo (Lago, 2008).

De acordo com Lago (2013),

A satisfação por compaixão é a consequência saudável do desempenho de atividades de socorro, é a recompensa pela tensão e pelo desgaste que esse tipo de atividade gera naqueles que a executam. Para a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde é necessário que sejam implementadas ações que venham a propiciar uma maior ocorrência de eventos que resultem no sentimento de satisfação por compaixão nos profissionais de saúde. Quanto maior a satisfação por compaixão menor o risco de fadiga por compaixão (p.118).

Wagaman et al. (2015), Stamm (2010) e Lago (2013) afirmam que a satisfação por compaixão é um meio eficaz de reduzir a fadiga por compaixão e o burnout, pois proporciona motivação, resistência, interesse e um sentimento de realização para ajudar os usuários a superar os seus sofrimentos. Para estes autores, uma relação de confiança e suporte mútuo entre os companheiros de trabalho, além de autonomia, visibilidade e reconhecimento do trabalhador também podem reduzir os efeitos do burnout e da fadiga por compaixão. Portanto, as condições de trabalho podem tanto promover satisfação quanto potencializar a fadiga dos trabalhadores (Stamm, 2010).

Assim, reconhecemos a dupla face dos mecanismos empáticos no exercício do trabalho. Ao mesmo tempo em que são capazes de promover maior qualidade na assistência em saúde (Aguiar, 2009), felicidade e satisfação no trabalho (Collings & Long, 2003; Lago, 2008; Myres, 2014), podem potencializar adoecimentos, através da exaustão física e mental do trabalhador (Lago, 2008; 2013)

No cuidado voltado ao coletivo de mulheres que induziram um aborto, esta dupla face da empatia na saúde mental do trabalhador carece de reflexões, pois se trata de um campo caracterizado por uma importante lacuna teórica que invisibiliza o reconhecimento do impacto destes mecanismos psicossociais na saúde mental destes trabalhadores.

Aborto induzido ilegalmente no Brasil

O aborto é definido como a interrupção da gravidez ou expulsão do resultado da concepção antes que a sua vida extrauterina seja viável. Sua ocorrência, seja espontânea ou induzida, dá-se em mulheres cuja idade gestacional é inferior ou igual a 22 semanas, ou quando o produto da concepção pesa menos de 500 gramas ou, ainda, quando este mede menos de 16 centímetros (Brasil, 2001; 2005).

O aborto provocado sempre esteve presente na história da humanidade. Apesar disso, constitui um tema complexo e bastante estigmatizado em diversas sociedades, vistos os aspectos políticos e religiosos que subjazem sua discussão (Borsari et al. 2012). No Brasil, as primeiras práticas abortivas foram descritas pelos representantes da igreja católica. Estes comunicavam o aborto provocado pelas mulheres indígenas, apontando-os como evento leviano e cruel (Priore, 1993).

Assim, esta prática rapidamente foi reprimida pelos colonizadores, que, em linhas gerais, visavam estimular o aumento demográfico no território recém-colonizado. Para tanto, o Estado, juntamente com a igreja católica, passou a condenar sistematicamente o aborto, controlando suas formas de execução e punindo as mulheres por meio de penitências (Priore, 1993).

O controle demográfico implicava no controle sobre os corpos, especialmente sobre os corpos das mulheres. O discurso religioso cristão que marcou a idade moderna sustentou este controle através da exaltação da fecundidade da mulher e da rejeição de quaisquer práticas de autonomia feminina sobre sua sexualidade. Deste modo, interromper uma gestação, neste período histórico, iria de encontro com todas as expectativas e imposições sociais sobre o corpo e a vida da mulher (Priore, 1993).

Em vista disso, coloca Priore (1993):

A Igreja e o Estado, portanto, encontravam respaldo na mentalidade popular para combater o aborto na rejeição à mulher que rompia o acordo com as leis da natureza. Ao que tudo indica, a Igreja passou a reforçar a imagem da mulher que aborta com aquela mulher que vive a ligação ilegítima (p. 4).

Até 1970, a indução de um aborto era compreendida como desvio de caráter, sustentando a herança moral do período colonial. A partir deste período, todavia, foram iniciados estudos científicos em saúde pública que problematizaram o fenômeno como fato social. Desde então, foram publicados dados e estudos revelando “a alta incidência do aborto, a sua prática clandestina e a relação com a pobreza” (Borsari et al., 2012, p. 65). Assim, deu-se início à visibilidade da temática ao mostrar que o aborto é um evento frequente na vida reprodutiva das mulheres no Brasil (Diniz et al. 2017).

A resposta do Estado diante dos avanços das pesquisas sobre a prática insegura do abortamento induzido se localizou na produção das primeiras políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva das mulheres. Neste contexto, na década de 1980 foi criado o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM). Ali foi instituído o pré-natal como prática cotidiana do acompanhamento das gestantes. Com o pré-natal era pretendida a redução do abortamento e da mortalidade neonatal e infantil, mas não o bem-estar da mulher (Brasil, 2001).

Mais tarde, em 1994, esta temática ganhou maior visibilidade após duas importantes conferências internacionais promovidas pelas Nações Unidas, conduzidas pelo movimento feminista. O aborto provocado foi apresentado como uma questão de saúde pública e, em vista disso, no ano seguinte foi incluído como pauta de discussão no Plano de Ação da Conferência do Cairo. Os governos signatários deste plano de ação, entre eles o Brasil, assumiram o compromisso de rever os serviços direcionados a esta população, com vistas à implementação de novas ações, melhorias na qualidade da assistência e redução da mortalidade e morbidade decorrentes do aborto (Brasil, 2001, 2005, 2009).

Assim, em 1996 o Ministério da Saúde lançou o Projeto Maternidade Segura que tinha como um dos seus grandes objetivos a redução da morbimortalidade materna e neonatal. A ideia de proteção à mulher surge pela primeira vez; contudo, “observa-se [ainda] hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar” (Brasil, 2001; p. 18).

A compreensão sócio-histórica da prática abortiva nos mostra como hoje ela tem sido debatida e assistida nos serviços de saúde pública. Dessa forma, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), Barbosa et al. (2012) salientam que:

[ainda na atualidade] discutir sobre o tema do aborto é se referir a um assunto polêmico perante a sociedade, pois é um tema que envolve preconceitos, discriminação e sentimentos controversos desde a antiguidade. Há o papel da religião que socializa e dirige os ritos de morte e vida. Os ritos, práticas e crenças referentes a ela continuam a ser o setor mais primitivo de nossa civilização. Falar de aborto mobiliza essa representação de morte com uma ideia de regresso e impotência do profissional de saúde por mexer em convicções internas (p. 64).

O aborto provocado configura, portanto, “alvo de críticas, discussões e julgamentos, principalmente no que se refere aos aspectos legais, bioéticos e religiosos envolvidos” (Borsari et al. 2012, p. 64). Em vista disso, o assunto é sistematicamente evitado em discussões políticas, assistenciais e acadêmicas, muito embora seja reconhecido como um problema de saúde pública, uma vez que representa a quinta causa de morte materna no Brasil (Martins et al. 2017).

Consideramos, contudo, que a mortalidade materna é apenas uma parte deste problema. Afinal, o abortamento induzido evidencia importantes falhas do alcance das políticas públicas voltadas para o planejamento familiar, a educação sexual e a segurança pública, nos casos motivados por uma violência de gênero (Brasil, 2005).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (2016, citada em Diniz et al. 2017), aos 40 anos, uma em cada cinco mulheres brasileiras já fez um aborto, o que confere um

total aproximado de meio milhão de abortos provocados por ano. Vale colocar que esta ou quaisquer outras estimativas sobre a temática sempre estarão atravessadas pela subnotificação, dado o caráter ilegal do abortamento induzido.

Deste modo, em países como o Brasil, onde o aborto induzido é criminalizado, não há números fidedignos sobre a realidade nacional (Diniz et al., 2009). Ademais, muitas mulheres que provocaram o aborto não precisam buscar pelos serviços públicos de saúde para curetagem do produto da concepção e outras, ao buscar por este atendimento, não nomeiam a ocorrência factual.

Apesar dessa dificuldade, a frequência da curetagem nas instituições hospitalares após abortamentos espontâneos e induzidos revela a recorrência do fenômeno no Brasil. Estima-se que este seja o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública, ficando atrás apenas dos partos normais. A curetagem é um procedimento técnico obstétrico que, embora sozinho não revele a etiologia do abortamento, indica-nos a grande prevalência do fenômeno. Esta prevalência permite penetrar na real dimensão que o abortamento tem no país e, a partir daí, confere ao Estado mais subsídios para o desenvolvimento de ações, programas e políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva das mulheres (Brasil, 2005).

Sabendo sobre a etiologia do abortamento ou não, o trabalho em saúde neste contexto demanda constante reflexão dos profissionais acerca da influência dos próprios valores, sejam eles morais, éticos ou religiosos, no seu fazer laboral (Brasil, 2001). Em vista disso, Barbosa et al. (2012) afirmam que na assistência ao abortamento “agir eticamente implica em lidar com a angústia” (p. 46). Segundo esses autores, o trabalho em situação de conflitos éticos, como ocorre na assistência ao aborto, pode catalisar sentimentos de medo, culpa e preconceito no trabalhador.

Nas mulheres, da mesma forma, o aborto induzido ou espontâneo desencadeia diferentes sentimentos de dor e sofrimento frente à perda. Estes sentimentos, por vezes, não são reconhecidos pelos profissionais de saúde, na medida em que estes as culpabilizam pela perda gestacional. Esta afirmação é colocada por Barbosa et al. (2012) a partir do desenvolvimento de uma pesquisa exploratória qualitativa realizada com dez profissionais da saúde pública do setor de ginecologia e obstetrícia ambulatorial de uma maternidade no interior do Estado de São Paulo. Por meio desta pesquisa:

Pode-se perceber nas falas dos profissionais que participaram das entrevistas, que há uma compreensão dos sofrimentos destas mulheres que tiveram aborto espontâneo, como sentirem-se frustradas, fragilizadas, mas não aparece na fala o sofrimento da mulher que teve o aborto induzido. Frente a estas dificuldades em perceber a dor da paciente que sofre o aborto induzido, compreende-se como um mecanismo de defesa, existem várias possibilidades de ocultamento, tanto culturais quanto psicológicas (p. 51).

Reconhecendo essa realidade, o Ministério da Saúde em 2001 se posicionou indicando que “para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessária uma mudança de atitude que, de foro íntimo, depende de cada um” (p. 10). A qualidade da atenção, a partir desta perspectiva, torna-se responsabilidade unicamente do trabalhador e do seu desejo pessoal.

Em 2005, o Ministério da Saúde indicou que a qualidade da assistência no contexto do abortamento está relacionada à atitude terapêutica do profissional de saúde. Assim sendo, este se torna incumbido de desenvolver uma escuta sem julgamentos e imposições de valores e uma relação empática com suas pacientes. Esta prescrição do trabalho em saúde:

“[...] demanda um exercício constante de reflexão sobre a influência dos próprios valores (morais, éticos, religiosos) na prática profissional, reconhecimento e aceitação dos próprios limites e das diferenças que caracterizam a sociedade humana, o que não se obtém apenas por força da vontade” (Brasil, 2001; p. 148).

Assim, concluímos que o cuidado tardio ao abortamento provocado exige dos trabalhadores o domínio das tecnologias dura, leve-dura e leve. Afinal, a qualidade do cuidado neste contexto está muito além do esvaziamento uterino, adentrando nas relações e no vínculo entre profissionais de saúde e suas pacientes (Brasil, 2001).

Discussão

Nos estudos sobre a fadiga por compaixão prevalecem as concepções biológicas, unidimensionais e inatas da empatia, as quais a definem como tomada de perspectiva do outro e de ocorrência espontânea (Figley, 1995; Lago, 2008, 2013; Amaro, 2016). Esta concepção responsabiliza o trabalhador pela qualidade dos vínculos e da assistência prestada no serviço, bem como por sua inabilidade social, seu distanciamento emocional em relação ao sofrimento do paciente e, sobretudo, pelo fracasso da qualidade assistencial. Do mesmo modo, o trabalhador também é responsabilizado por reverter este quadro, o que seria alcançado, para alguns autores como Deslandes (2005), Motta, (2005) e Barbosa et al. (2012), a partir do desenvolvimento da empatia.

No campo da obstetrícia e da perinatalidade o Ministério da Saúde (2005), ao encontro desta abordagem, tem atribuído a qualidade da assistência às relações estabelecidas entre o profissional e as usuárias do serviço. Dessa forma, entende-se que “[o] apoio afetivo, empático e humanizado proporcionam ambiente favorável para abordagem menos medicamentosa, com menores riscos de complicações, menores custos e mais rápida recuperação” (p. 27). Assim, a empatia assume uma importante posição na política pública de humanização da assistência tardia ao abortamento. Contudo, as condições de trabalho para o desenvolvimento desta empatia não estão incluídas como pauta dessa discussão. Recai sobre o trabalhador a responsabilidade de desenvolver estratégias individuais para apoiar afetivamente e empaticamente as usuárias do SUS.

Em contrapartida a essa perspectiva, Takaki e Sant'Ana (2004) indicam que as condições do trabalho são determinantes para o desenvolvimento ou inibição da empatia na cena do cuidado. Segundo as autoras, o tempo, cada vez mais reduzido para cada atendimento, esgota as possibilidades da escuta subjetiva, do vínculo terapêutico e, por conseguinte, do desenvolvimento de uma clínica ampliada baseada na integralidade do cuidado. Não cabe na rotina de trabalho destes profissionais olhar para o outro, reconhecer integralmente suas necessidades e compreender empaticamente sua dor e sofrimento. A empatia do profissional da saúde no SUS encontra um campo desfavorável para o seu desenvolvimento, visto o contato fugaz com os pacientes (Takaki & Sant'Ana, 2004; Scholze et al. 2009).

Em vista disso, Scholze et al. (2009) denunciam a organização taylorista do trabalho em saúde, na qual fragmentam-se as atividades do cuidado a partir das especialidades, aumenta-se o número dos atendimentos e reduz-se o tempo disposto em cada contato interpessoal com o usuário. A saúde é, desse modo, produzida em massa. “O foco do trabalho passa a ser a execução de procedimentos repetitivos, em um tempo especializado que exclui o trabalhador do processo criativo e das decisões sobre o cuidado” (p. 505).

Ademais, muitas vezes, sem que disponham dos recursos adequados, os profissionais de saúde pública são impelidos ao enfrentamento de questões técnicas, sociais, políticas e emocionais. Novas exigências de qualidade na execução das tarefas, mais qualificação e novas competências são exigidas desses trabalhadores. É requerido deles o aumento crescente de competências interpessoais, somada à sua adaptação às condições inerentes à rotina do trabalho, como os longos turnos (Borges et al., 2006).

Desse modo, o sistema de trabalho em saúde consolida condições potentes para a promoção da sobrecarga e estresse laboral, culminando frequentemente no sofrimento e

adoecimento do trabalhador. O resultado desta conjuntura alarmante é o crescimento exponencial da precarização do trabalho e da assistência do SUS (Borges et al., 2006) e frequentes violências obstétricas contra as usuárias do serviço (Madeiro & Rufino, 2017).

Dito isso, mostra-se fundamental o reconhecimento das condições de trabalho e do sistema a que os profissionais da saúde estão submetidos para a ampliação da discussão acerca da relação trabalhador-usuário e do desenvolvimento da empatia nesta relação. O apoio afetuoso, empático e humanizado não se consolida apenas a partir de prescrições políticas ou institucionais. No nível organizacional, a empatia pode ser estimulada a partir da garantia de condições de trabalho dignas, que estimulem a autonomia e valorização do profissional da saúde e que tragam recursos ambientais e temporais que favoreçam qualitativamente a relação entre trabalhador e usuário.

Contudo, não basta oferecer condições de trabalho favoráveis ao desenvolvimento da empatia se estamos inseridos em uma sociedade elitista, racista, sexista, machista e misógina (Escrivá et al., 2002; Myers, 2014). Os aspectos macrosociais são constituintes para o desenvolvimento da empatia, uma vez que norteiam a Tomada de Perspectiva e selecionam a Preocupação Empática. Portanto, os estudos da empatia no contexto do trabalho devem, também, ser capazes de apreender os aspectos culturais e históricos que incidem sobre as relações sociais.

Assim, é sugerido que a empatia nestes trabalhadores em saúde possa ser estimulada a partir da reformulação curricular dos profissionais de saúde, de modo que seja promovida uma profunda reflexão sobre os aspectos psicossociais e socio-históricos que atravessam as suas relações com as usuárias do serviço. Para tanto, faz-se necessária a oferta de espaços para a desconstrução dos paradigmas socioculturais estruturais que potencialmente inibem o desenvolvimento da empatia, sendo o machismo o maior deles. Por meio da possibilidade dessa desconstrução o apoio afetuoso e empático a estas

mulheres pode se tornar possível, tal como proposto pelo Ministério da Saúde (2005). Um ponto de partida pode ser a política ministerial em educação permanente em saúde (Ministério da Saúde, 2006 [2009]), a qual propõe uma formação ética e reflexiva permanente em saúde (Ceccim & Ferla, 2009).

Contudo, a conjuntura social e política atual anuncia o desafio em estimular a empatia no contexto do cuidado tardio ao abortamento ilegal. A precarização do trabalho no SUS, a responsabilização dada à mulher sobre sua dor e sofrimento, a criminalização do ato, o olhar moral e religioso sobre esta prática e o machismo estrutural são potenciais inibidores do desenvolvimento da empatia durante o fazer laboral destes profissionais. Condição que poderá impactar o comportamento técnico do profissional durante a assistência, fragilizar os vínculos entre trabalhadores de saúde e as usuárias e, por conseguinte, prejudicar a qualidade da relação.

A qualidade da relação impacta não apenas a assistência, mas também a saúde mental do trabalhador. Conforme visto, a partir de Stamm (2010), Lago (2008; 2013) e Wagaman et al. (2015), relações gratificantes podem potencializar o desenvolvimento da satisfação por compaixão. A satisfação por compaixão promove a qualidade de vida do trabalhador, proporciona bem-estar, confiabilidade e sentimento de realização no trabalho. Em vista disso, reduz a possibilidade do desenvolvimento de alguns adoecimentos laborais, como o burnout e a fadiga por compaixão. Porém, atualmente verificamos condições inibidoras da satisfação por compaixão no contexto do cuidado tardio ao abortamento ilegal. Essas condições se dão principalmente pelo não reconhecimento da dor e do sofrimento das usuárias do serviço. Afinal, como é possível reconhecer que o seu trabalho reduziu a dor do outro se essa dor frequentemente sequer é percebida?

Da mesma forma, o adoecimento pela fadiga por compaixão parece pouco provável, vistos os inibidores sociais e contextuais que parecem incidir sobre o desenvolvimento da empatia do trabalhador. Embora os aspectos empáticos estudados apontem para a ausência da ocorrência da fadiga por compaixão, os trabalhadores da saúde no contexto do abortamento ilegal são susceptíveis a vivenciarem o dilema por sentirem emoções diferentes daquelas socialmente aceitas e esperadas nos profissionais de saúde. Para Barbosa et al. (2012) este é um trabalho de conflitos éticos, capaz de catalisar sentimentos de medo, culpa e raiva.

Essa hipótese vai de encontro à teoria de Figley (1995), que conceitua a fadiga por compaixão como um fenômeno natural e previsível do trabalho do cuidado. Tendo a empatia por base, compreendemos que a fadiga por compaixão não será exclusivamente uma resposta natural do cuidado, mas, sim, uma resposta psicossocial e cultural do trabalho de cuidar. Dito isso, apreendemos a fadiga por compaixão como expressão do custo emocional do trabalho resultante das relações interpessoais empáticas estabelecidas entre os profissionais do cuidado e alguns de seus pacientes.

Cabe colocar, contudo, que a empatia pode operar em outros níveis no campo da assistência tardia ao aborto ilegal e, assim, ser direcionada a outros sujeitos que compõem a cena da assistência a estas mulheres, como o feto, por exemplo. De acordo com Minahim e Rocha (2017), o olhar sobre o produto da concepção como feto ou como bebê – sujeito psíquico - é determinante na maneira como o assunto do aborto é apreendido.

A colocação de Minahim e Rocha (2017) promove uma intrigante reflexão sobre as várias faces que a expressão da empatia pode assumir no contexto do abortamento, podendo se manifestar pela fadiga por compaixão e até mesmo pela violência obstétrica, na medida em que se tem empatia pelo “bebê” e se busca “justiçá-lo”. O “bebê”, enquanto vítima de um outro que o impossibilita de viver, confere outra dimensão ao processo do

abortamento ilegal e, em certa medida, às emoções vivenciadas no trabalho. Desse modo, neste contexto, a fadiga por compaixão pode se desenvolver nos trabalhadores por vias indiretas, como pela empatia pelos “bebês” e não pelas mulheres.

Conclusão

Este estudo foi desenvolvido com vistas a apresentar uma discussão teórica sobre a empatia no contexto do cuidado tardio ao abortamento induzido e o impacto dessa na saúde mental dos trabalhadores. A análise da literatura permitiu conceituar a empatia segundo o modelo de Davis (1983) e apresentar os fatores que influenciam o desenvolvimento da empatia nos trabalhadores atuantes no cuidado em contextos de conflitos éticos e morais, sobretudo no contexto do abortamento induzido. Além disso, essa discussão teórica demonstrou a necessidade de se rever os conceitos de fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, considerando-se contextos não traumáticos de exposição crônica à dor e ao sofrimento do outro.

No campo em estudo, a função social de gênero construída historicamente, contribuiu para a criação de estereótipos que reforçam a relação entre a mulher e a maternidade. No Brasil, esta relação respondeu pelos interesses imediatos da sociedade colonial que localizam na mulher apenas sua potência reprodutiva. A história brasileira contribuiu, portanto, para a construção de um modelo social que vem impedindo sistematicamente que a mulher negue a função social que lhe é delegada, ou seja, a função materna. Esse contexto cultural contribui para o julgamento moral, que culpa e criminaliza as mulheres que abortam. Em vista disso, estão potencializadas as condições de invisibilidade à dor e sofrimento que atravessam o luto diante da perda gestacional provocada. Nesse sentido, o aborto induzido ilegalmente é, muitas vezes, apreendido pelos profissionais de saúde como uma situação sem dor ou sofrimento para aquelas que

o realizaram. Não por acaso, uma violência recorrente no cuidado a esta população é o baixo controle da dor durante o procedimento de curetagem (Barbosa et al. 2012; Madeiro & Rufino, 2017). Assim, temos um iceberg cuja ponta é a violação de direito destas mulheres e cuja base são os indutos sociais e as condições de trabalho destes profissionais.

Os baixos níveis de empatia, anunciados pela conjuntura atual da assistência obstétrica e perinatal no Brasil, amenizam a exposição crônica do trabalhador à dor e ao sofrimento das pacientes, uma vez que estes, frequentemente, não são percebidos e tampouco legitimados pelos profissionais da saúde. Por conseguinte, torna-se pouco provável a ocorrência de fadiga por compaixão nos trabalhadores que atuam nesse contexto. Portanto, o estudo acerca do conceito da fadiga por compaixão no contexto de conflitos éticos e morais joga luz sobre o caráter social e cultural das relações humanas, em especial no contexto do trabalho. Ultrapassando, assim, o caráter biologicista e inatista que, muitas vezes, permeia a discussão desse conceito em outros contextos da assistência.

Dito isso, ao revisitarmos o conceito de fadiga por compaixão elaborado por Figley (1995) a partir do Modelo de Davis (1983), levantamos a hipótese de que a fadiga por compaixão se relaciona não apenas ao conteúdo do trabalho, que frequentemente expõe o profissional à dor e ao sofrimento. Mas se relaciona, também e sobretudo, ao vínculo afetivo e empático estabelecido entre o profissional de saúde e os usuários. Desse modo, concluímos que esse conceito transcende aos contextos de urgências e das traumatizações, como proposto por Figley (1995) e Lago (2005, 2013).

Assim, colocamos que essa discussão teórica traz contribuições para repensar políticas de humanização da assistência à saúde da mulher, pois o contexto da atenção tardia ao abortamento ilegal nos mostra que o cerne da humanização da assistência está na qualidade da relação entre as pacientes e os trabalhadores. Logo, para conseguirmos contornar o cenário atual, que configura uma conjuntura de precarização das relações,

faz-se necessária a garantia política do Estado por condições que favoreçam o desenvolvimento da empatia dos trabalhadores nos espaços públicos de cuidado. Assim, as condições de trabalho e o processo de formação devem ser sistematicamente avaliados e reconfigurados conforme as necessidades dos trabalhadores e das usuárias, para favorecer o desenvolvimento de uma assistência humanizada e afetuosa potente para o desenvolvimento de satisfação por compaixão no trabalho.

Por fim, cabe colocar que este estudo teórico esbarra num limite metodológico que impossibilita compreender de forma ampla e profunda as múltiplas faces que a empatia pode assumir neste contexto, para além da relação entre o profissional de saúde e as usuárias do serviço. Verificamos, assim, a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre a temática, sobretudo, estudos empíricos e qualitativos que deem visibilidade às vivências e emoções destes trabalhadores.

Referências

- Aguiar, P., Salgueira, A., Frada, T. & Costa M. J. (2009). Empatia médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Anais do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Amaro, A. N. C. (2016). *Burnout e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. S. S. F., Bobato, J.A.C. & Mariuti, M.G. (2012). Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. *Rev Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 13(2), 44-55.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF.

- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Norma técnica. *Atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: DF.
- Brasil. (2006 [2009]). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: DF.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília, DF.
- Borges, L.O., Argolo, J.C.T & Baker, M.C.S. (2006). Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 34-43. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/html/188/18819106/>
- Borsari, C. M. G., Nomura, R. M.Y., Benute, G.G., Nonnenmacher, D., Lucia, M.C.S & Francisco, R.P.V. (2012). O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Rev Feminina*, 40(2), 63-68. Recuperado a partir de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3094.pdf>
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2009). Educação permanente em saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Recuperado a partir de: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>
- Collings, S. & Long A. (2003). Too tired to care: The effects of work with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17–27.
- Conte, F. C. S. (2010). Reflexões sobre o sofrimento humano e a análise clínica comportamental. *Rev Temas Psico*, 18(2), 385-398.
- Costa, M. T. P (2012). Saúde Psíquica e condições de trabalho de profissionais de saúde nos hospitais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Deslandes, S. F. (2005). A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Rev Ciência e saúde coletiva*. 10(3), 615-626.
- Diniz, D., Medeiros, M. & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, 22(2), 653-660. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017000200653&script=sci_abstract&tlang=pt
- Edwards, R. (2008). Compassion Fadigue: When listening hurts. [American Psychological Association](http://www.georgiadisaster.info/MentalHealth/MH16%20SecondaryStress/Compassion%20Fatigue.pdf): APA Online. Recuperado a partir de: <http://www.georgiadisaster.info/MentalHealth/MH16%20SecondaryStress/Compassion%20Fatigue.pdf>
- Escrivá, M.V.M., Garcia, P.S. & Navarro, M.D.F. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Rev Psicothema*. 14(2), 227-232. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/28079737_Procesos_cognitivos_y_emocionales_predictores_de_la_conducta_prosocial_y_agresiva_la_empatia_como_factor_modulador
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M.C., Luz, R.C.M., Fernandes, C.S., Faria, C.A., D'Augustin, J.F., Sardinha, A. & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Rev Aval. Psicol*. 7(3), 321-334.

- Ferreira, E. O. (2013). “Mulheres de fonte e rio”: Solicitação no confessionário, misoginia e racismo na Bahia setecentista. *Rev Afro-Ásia*. 48(2013) 127-171.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R. Figley (Ed.). *Compassion Fatigue*. (pp. 1-20). Cidade: Editora.
- França, T. L. B., Oliveira, A.C.B.L., Lima, L. F., Melo, J. K. F. & Silva, R. A. R. (2014). Síndrome de burnout: Características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Rev Enfermagem UFPE Online*. 8(10), 3539-3546.
- Garcia, N. R. & Boruchovitch, E. (2014) Atribuições de causalidade para o desempenho escolar e resiliência em estudantes. *Rev Psicologia USP*. 19(2), 277-286.
- Joison, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 22(4), 116-122.
- Lago, K. C. (2008). *Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lago, K. C. (2013). *Compaixão e Trabalho: Como Sofrem os Profissionais de Saúde*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Lago, K & Codo, W (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Rev Estudos de Psicologia*, 18(2), 213-221.
- Lima, K. D. (2016) *Raça e Violência Obstétrica no Brasil*. Monografia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz.
- Madeiro A. P & Rufino, A C. (2017). Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8), 2771- 2780.
- Martins, E. P. (2011). *A empatia e os padrões de vinculação em estudantes universitários: um estudo comparativo*. Dissertação de mestrado, Universidade de Tras-os-montes e Alto Douro, Vila Real: Portugal.

- Martins, E.F., Almeida, P.F.B., Paixão, C.O., Bicalho, P.G & Errico, L.S.P. (2017) Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Rev Cad. Saúde Pública*. 33(1), 1-11.
- Minhahim, M. A & Rocha, A. S. Aborto: entre autonomia e empatia. *Rev RBDA*, 13(03), 17-37.
- Motta, I. S. (2005). A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". *Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 5(2) 219-228.
- Myers, D. G. (2014). *Psicologia Social*. 10. ed. (pp 342- 371). Porto Alegre: AMGH.
- Pilati, R., Leão, M., Viera, J.N. & Fonseca, M.M. (2008). Efeitos da atribuição de causalidade e custo pessoal sobre a intenção de ajuda. *Rev Estudos de Psicologia*, 13(3), 213-221.
- Priore, M. L. M. D. (1993). A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto. *Mulher, maternidade, medicina colonial, sexualidade*. Rio de Janeiro.
- Scholze, A. S., Junior C.F.D. & Silva, Y.F. (2009) Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Rev Interface*. 13(31), 303-14.
- Schwartz, S. H. & Fleishman, J. A. (1978/2014) Personal Norms and the Mediation of Legitimacy Effects on Helping. *Social Psychology*, 41(4), 306-315.
- Sena, L. M. & Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Rev Interface*. 21(60), 209-220.
- Silva, J. A. & Ribeiro-Filho, N. P. (2011). Avaliação psicofísica da percepção de dor. *Rev Psicologia USP*, 22(1), 223-263.
- Slocum-Gori, S., [Hemsworth, D.](#), [Chan, W.W.](#), [Carson A.](#) & [Kazanjian, A.](#) (2011). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A

- survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2). 172 – 178.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secundare traumatic stress. *The Nacional Center for Post Traumatic Stress Disorder*. 8(2), 1-8.
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL Manual. 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Takaki, M. A. & Sant'ana, D. M. G. (2004) A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Rev Cogitare Enfermagem*. 1(9), 79-83.
- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A. & Diniz, S. G. (2013). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 10(35), 1- 12.
- Wagaman, M. A., [Geiger, J. M.](#), [Shockley, C.](#) & [Segal, E. A.](#) (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*. 60(3), 201-209.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*. 92(4),548-574.

Artigo 2

A experiência empática dos trabalhadores no cuidado tardio ao abortamento ilegal e os efeitos sobre sua saúde mental

Resumo

Esse estudo empírico teve como objetivo investigar a experiência empática dos profissionais de saúde que atuam no cuidado tardio às mulheres que induziram um aborto. Para alcançar tal objetivo foram realizadas entrevistas episódicas com profissionais de saúde que atuam no campo da perinatalidade. As entrevistas foram coletadas e analisadas através da Teoria Fundamentada. No contexto de conflitos éticos e morais a empatia encontra inibidores sociais, culturais, históricos e situacionais para o seu desenvolvimento. Em vista disso, verificamos que os profissionais de saúde despendem grande esforço cognitivo para alcançar empaticamente as mulheres que provocaram um aborto. Esse esforço traz efeitos à saúde mental, especialmente por produzir desgaste emocional aos trabalhadores. A melhoria das condições de trabalho e a reformulação curricular da graduação poderão proporcionar recursos aos profissionais de saúde que facilitem o desenvolvimento da empatia e de experiências gratificantes no trabalho.

Palavras-chave: Empatia; Fadiga por Compaixão; Satisfação por Compaixão; Saúde do trabalhador; Abortamento ilegal.

Abstract

This empirical study aimed to investigate the empathic experience of health professionals who work in late care for women who induced abortion. To achieve this goal, we conducted episodic interviews with health professionals who work in the field of perinatality. The interviews were collected and analyzed through the Grounded Theory. In the context of ethical and moral conflicts empathy finds social, cultural, historical and situational inhibitors for its development. In view of this, we found that health professionals spend great cognitive effort to empathetically reach women who have had an abortion. This effort has effects on mental health, especially for producing emotional wear and tear on workers. The improvement of the working conditions and the curricular

reformulation of the graduation can provide resources to the health professionals who facilitate the development of the empathy and gratifying experiences in the work

Keywords: Empathy; Compassionate fatigue; Satisfaction with Compassion; Worker's health; Induced abortion.

Introdução

Essa pesquisa jogou luz às experiências empáticas dos profissionais de saúde que atuam no contexto do cuidado tardio às mulheres que realizaram um abortamento ilegal. No Brasil, de acordo com os artigos 124 a 128 da Lei 2848 do Código Penal, a interrupção da gestação só é permitida nos casos de risco de morte materna, quando o feto é diagnosticado com anencefalia ou, ainda, em gestação de até 22 semanas resultante de violência sexual. Salvo essas condições, o aborto é criminalizado, condição sustentada pelos atravessadores históricos e culturais que constituem o olhar social sobre a prática abortiva. Esses atravessadores reforçam o controle social sobre o corpo e a vida das mulheres, inibindo sua autonomia plena, especialmente, sobre sua vida sexual e reprodutiva (Priore, 1993; Borsari et al., 2012; Lemos & Russo, 2014; Diniz et al., 2017).

No contexto da assistência às mulheres que buscam pelos serviços de saúde por complicações derivadas da realização de um aborto inseguro prevalecem estudos acerca das violências obstétricas. Essas revelam as violações de direitos dessas mulheres dentro das instituições hospitalares, sobretudo, ao jogar luz ao caráter punitivo e discriminatório que a assistência, muitas vezes, assume (Tesser et al., 2013; Lemos & Russo, 2014; Madeiro & Rufino, 2017; Sena & Tesser, 2017).

A visibilidade desse cenário é fundamental para repensarmos sistematicamente a produção de políticas públicas, com vistas à garantia da assistência humanizada em saúde

a essas mulheres. Contudo, apenas dar visibilidade à realidade não garante o processo de transformação dessa.

Dito isso, localizamos no estudo da experiência empática potência para avançar as discussões atuais, uma vez que ela oferece subsídios teóricos e epistemológicos para a compreensão profunda dos processos psicossociais que incidem sobre as relações entre os profissionais de saúde e as usuárias, bem como sobre a saúde mental dos trabalhadores. Em vista disso, o desenvolvimento de propostas de intervenções organizacionais e políticas públicas pode ganhar um formato mais assertivo para a transformação da assistência às mulheres e para a promoção de experiências gratificantes no trabalho.

Reconhecendo o impacto das relações na qualidade da assistência, o Ministério da Saúde vem lançando mão de diretrizes que preconizam um reposicionamento subjetivo dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a assistência. Desse modo, o desenvolvimento da empatia pelos profissionais de saúde é recomendado pelo Estado como uma via para a construção de novos modos de relação entre os atores sociais que compõem a cena do cuidado (Brasil, 2001; 2005; 2009; 2011).

Nas diretrizes ministeriais, a empatia é tratada como um esforço de autorregulação psicológica, portanto individual, dos profissionais de saúde, que garante a melhoria qualitativa da assistência às mulheres. A partir de Davis (1983), Escrivá et al. (2002), Myers (2014) e Takaki e Sant'Ana (2004), contudo, verificamos que a empatia é um construto psicossocial complexo que guarda dimensões cognitivas – Tomada de Perspectiva e Fantasia - e emocionais – Preocupação Empática e Angústia Pessoal - e cujo desenvolvimento é influenciado por elementos sociais, culturais, situacionais e pessoais.

A empatia no contexto de conflitos éticos e morais inaugura um campo pouco explorado em pesquisas científicas, desse modo, esse estudo estimula uma discussão

ainda incipiente no Brasil. Aqui, essa discussão será norteadada pelo questionamento: Afinal, qual o impacto das experiências empáticas no trabalho à saúde mental dos profissionais nesse contexto?

Para responder a essas questões esse estudo tem como objetivo geral: Identificar as experiências empáticas dos trabalhadores de saúde no contexto do cuidado tardio às mulheres que induziram um aborto. Esse objetivo se divide em: a) Comparar as experiências empáticas na assistência às mulheres que realizaram um aborto às demais assistências obstétricas e perinatais; b) Apresentar o impacto das experiências empáticas na saúde mental do trabalhador no campo do cuidado tardio ao abortamento e nas demais assistências obstétricas e perinatais.

Referencial teórico

Para Davis (1983) a empatia é uma reação emergente da observação das experiências de alguém. Essa reação é um processo multidimensional e multideterminado, que envolve componentes emocionais e cognitivos, nomeados pelo autor como Preocupação Empática, Angústia Pessoal, Tomada de Perspectiva e Fantasia. Os dois primeiros referem-se a aspectos emocionais da empatia e os demais aos aspectos cognitivos.

A Preocupação Empática é descrita como a tendência de sentirmos preocupação por alguém, condição que elicia um interesse em atender às necessidades dos outros. A Angústia Pessoal é assinalada como a tendência de nos sentirmos ansiosos, tensos e inquietos na relação interpessoal. Essa dimensão empática está negativamente relacionada à Tomada de Perspectiva e à Preocupação Empática. A Tomada de Perspectiva, por sua vez, é referida como a capacidade de inferirmos os sentimentos, pensamentos e emoções de outra pessoa, ou seja, tomar o ponto de vista do outro. Por

fim, a Fantasia é designada como a habilidade de nos envolvermos emocionalmente com personagens fictícios. Essa dimensão da empatia não impacta as relações interpessoais e, por não estar atrelada à função social, não trabalharemos essa dimensão nesse estudo (Davis, 1983).

Na assistência à saúde a empatia do trabalhador despendida às usuárias do serviço poderá ser impactada pelas condições do trabalho, pela atribuição de causalidade, pelos indutores sociais e pela história de vida de cada trabalhador. A Figura 1 ilustra a maneira como estes atravessadores operam no contexto do cuidado.

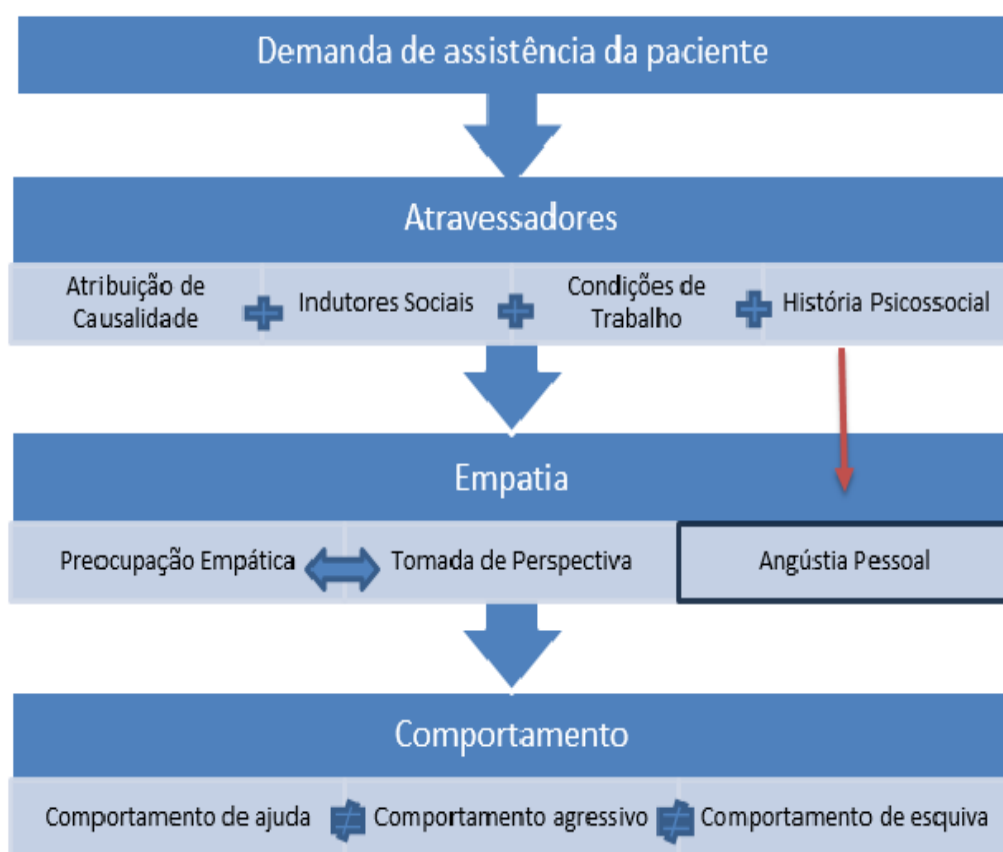


Figura 2. Aspectos psicossociais da empatia no contexto da ajuda.

A partir da Figura 2 compreendemos que o desenvolvimento da empatia na atenção tardia ao abortamento induzido encontra diferentes inibidores, dados os aspectos morais, religiosos e culturais que subjazem a prática abortiva no Brasil; bem como a

precarização das condições de trabalho no SUS. Desse modo, são aumentadas as exigências organizacionais de gerenciamento das emoções por parte dos trabalhadores, pois o desenvolvimento da empatia nesse contexto dependerá, essencialmente, das habilidades internas dos profissionais (Takaki & Sant'Ana, 2004; Borges et al., 2006; Scholze et al., 2009; Gondim, 2015).

Assim, alcançar as motivações das pacientes para a realização do aborto, apreender o posicionamento subjetivo dessas e se preocupar com elas repercute não apenas na qualidade da assistência oferecida, mas também nas emoções e na saúde mental do trabalhador (Lago, 2008; 2013). Ao encontro dessa constatação salientamos as colocações de Figley (1995) acerca da fadiga e satisfação por compaixão. Para o autor, a empatia poderá ser pivô do adoecimento mental no trabalho de ajuda, como também poderá potencializar a satisfação laboral. Precedendo a fadiga e a satisfação por compaixão estão as experiências empáticas dos profissionais de saúde, as quais buscamos compreender.

Método

Desenvolvemos um estudo exploratório a partir da escuta das experiências de profissionais de saúde atuantes em maternidades do SUS na cidade de Belo Horizonte e sua região metropolitana. Esses profissionais foram selecionados por conveniência, por meio de convite direto (por e-mail ou telefonemas) aos trabalhadores que atuam(vam) no campo da saúde materna. A confirmação da participação na pesquisa se deu após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). As entrevistas aconteceram no ambiente de escolha dos profissionais, sendo que a maioria optou pelo ambiente domiciliar.

Foram realizadas seis entrevistas com profissionais da psicologia, enfermagem e medicina, atuantes em quatro instituições de saúde diferentes. Desses profissionais,

quatro eram mulheres e dois homens. A escolaridade variou entre ensino superior completo e pós-doutorado. Por fim, o tempo de atuação na saúde pública teve variação de 3 a 39 anos².

Cada entrevista teve duração média de uma hora e trinta minutos. O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação. Segundo Turato et al. (2008), citado em Cavalcante et al. (2014), o critério de saturação é utilizado quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo necessária a inclusão de novos entrevistados. Sendo assim, ao alcançarmos um conjunto de categorias analíticas consistente entre os participantes, pudemos interromper a coleta de dados, o que aconteceu na sexta entrevista.

As entrevistas foram realizadas no formato de entrevistas episódicas com roteiro semi-estruturado (Apêndice B). Segundo Flick (2008) as entrevistas episódicas permitem a construção social de uma dada realidade durante a apresentação das experiências narradas pelos entrevistados. Cada episódio explicita uma micro-narrativa dos processos empáticos e seus efeitos sobre a saúde mental dos trabalhadores. Para a elaboração do roteiro e realização das entrevistas, foi necessário nosso conhecimento acerca do cotidiano e da realidade dos entrevistados. Esse conhecimento se estruturou por meio do estudo bibliográfico e a partir da nossa experiência profissional prévia. Além disso, foi realizada uma entrevista piloto que norteou nosso roteiro de entrevista.

Nosso olhar sobre a coleta e análise dos dados das entrevistas foi orientado pela Teoria Fundamentada, que propõe a elaboração ou extensão de uma teoria já existente a partir dos dados da pesquisa. A emergência das categorias analíticas é a base para a Teoria Fundamentada (Strauss & Corbin, 2008).

² As características individuais dos participantes não serão apresentadas para manter seu anonimato.

Cada entrevista foi gravada, transcrita e submetida à microanálise no software Atlas.ti, sendo a conclusão dessa análise um critério para iniciar uma nova entrevista. A microanálise envolve o exame minucioso e a interpretação do material em análise, o que nos levou a ouvir cuidadosamente o que e como os profissionais responderam às questões que lhes foram colocadas, bem como os demais conteúdos que emergiram espontaneamente da entrevista (Strauss & Corbin, 2008).

Nesse processo de escuta e interpretação realizamos codificações linha por linha, nas quais foram verificadas em cada frase dos entrevistados as propriedades e as relações estabelecidas sobre o conteúdo da pesquisa. Os códigos encontrados derivaram tanto da literatura quando das próprias entrevistas (Strauss & Corbin, 2008).

Os códigos derivados da literatura se justificam pelos próprios dados, pois, por vezes, os conteúdos encontrados apontaram para elementos e fenômenos clássicos da psicologia social, portanto, já nomeados e descritos por outros autores. Assim, muitas vezes, não coube a nós cunhar um novo nome aos elementos que emergiram dos dados, mas, sim, estabelecer o desenvolvimento desses e apontar para as relações que emergiram a partir da microanálise. Já os códigos que surgiram das próprias entrevistas se deram a partir do processo de revelação, nomeação e desenvolvimento de conceitos que decorreram das entrevistas (Strauss & Corbin, 2008). Na Figura 3 são apresentados alguns exemplos de códigos indutivos e dedutivos que compuseram a análise dos dados dessa pesquisa.

Códigos Indutivos	Códigos Dedutivos
Vínculo	Tomada de Perspectiva,
Continuar conectado ao problema da paciente	Preocupação Empática
Sentimento de impotência	Angústia Pessoal
Regulação emocional: Maneira de avaliar a situação.	Fadiga por compaixão: Desgaste

Figura 3. Exemplos de códigos indutivos e dedutivos usados ou emergentes na pesquisa.

O processo de codificação, seja ele indutivo ou dedutivo, contou com a participação da professora orientadora dessa dissertação na função de juíza. A equipe de pesquisa do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde também participou como juiz, porém em fases intermediárias do estudo.

Por fim, como produto desse processo de construção de saber foram construídas redes semânticas, apresentadas no formato de diagramas, que nos oferecem representações visuais das relações estabelecidas entre os conceitos. Essas relações emergem dos dados, podendo ou não convergir às teorias que estudam tais conceitos. Desse modo, para Strauss e Corbin (2008) “os diagramas são procedimentos essenciais em pesquisa, voltados para a construção da teoria porque permitem aos pesquisadores manter um registro do processo analítico” (p. 231).

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados em diagramas, cada um contendo duas redes semânticas emergentes dos principais conceitos analisados. Essas redes semânticas representam dois contextos distintos da assistência obstétrica e perinatal. A primeira delas refere-se à assistência tardia às mulheres que provocaram o aborto (Rede AB). A segunda

diz respeito à assistência geral voltada à saúde da mulher (Rede AG). Simultaneamente à apresentação dos resultados serão apresentadas as discussões.

A comparação entre as experiências empáticas emergiu da própria pesquisa e se sustentou como possibilidade a partir da Teoria fundamentada, que atenta-se aos conteúdos decorrentes dos próprios dados coletados. Assim, a partir da análise do material coletado foram identificadas diferenças nas experiências empáticas dos profissionais de saúde, as quais justificam a análise comparativa apresentada abaixo.

Empatia: Preocupação Empática

Na Figura 4 estão apresentadas duas redes semânticas que emergem do conceito Preocupação Empática (Davis, 1983), nos dois contextos de assistência. Verificamos que essas redes comportam especificidades conforme o contexto do trabalho, indicando que as experiências empáticas e as emoções dos profissionais sofrem variações segundo a demanda de cuidado das mulheres.

São conceitos que compõem a Rede AB de Preocupação Empática: a Tomada de Perspectiva, as estratégias cognitivas de regulações emocional, a assistência e as condições de trabalho. A influência mútua entre Preocupação Empática e a Tomada de Perspectiva – dimensão cognitiva da empatia - está prevista na literatura (Davis, 1983; Falconi et al., 2008). Falconi et al. (2008) indicam que a consideração da empatia como um construto multidimensional implica que os componentes cognitivos e emocionais se manifestam simultaneamente. Assim, para haver empatia é necessário que a nossa capacidade de inferir os sentimentos e pensamentos de outra pessoa ocorra junto a um interesse em atender às suas necessidades. Logo, a Rede AB nos leva à conclusão de que há elementos suficientes para indicar a ocorrência de empatia dos profissionais de saúde entrevistados em relação às mulheres que induziram um aborto.

A empatia nesse contexto é influenciada por estratégias cognitivas de regulação emocional. As estratégias cognitivas usadas pelos profissionais entrevistados para regulação da Preocupação Empática foram a direção da atenção e a maneira de avaliar a situação. Segundo Gross e Thompson (2007), por meio dessas estratégias é possível gerir a absorção de informação de uma situação dirigindo a atenção para longe ou para partes específicas dessa e, além disso, reconsiderá-la, atribuindo-lhe um novo significado.

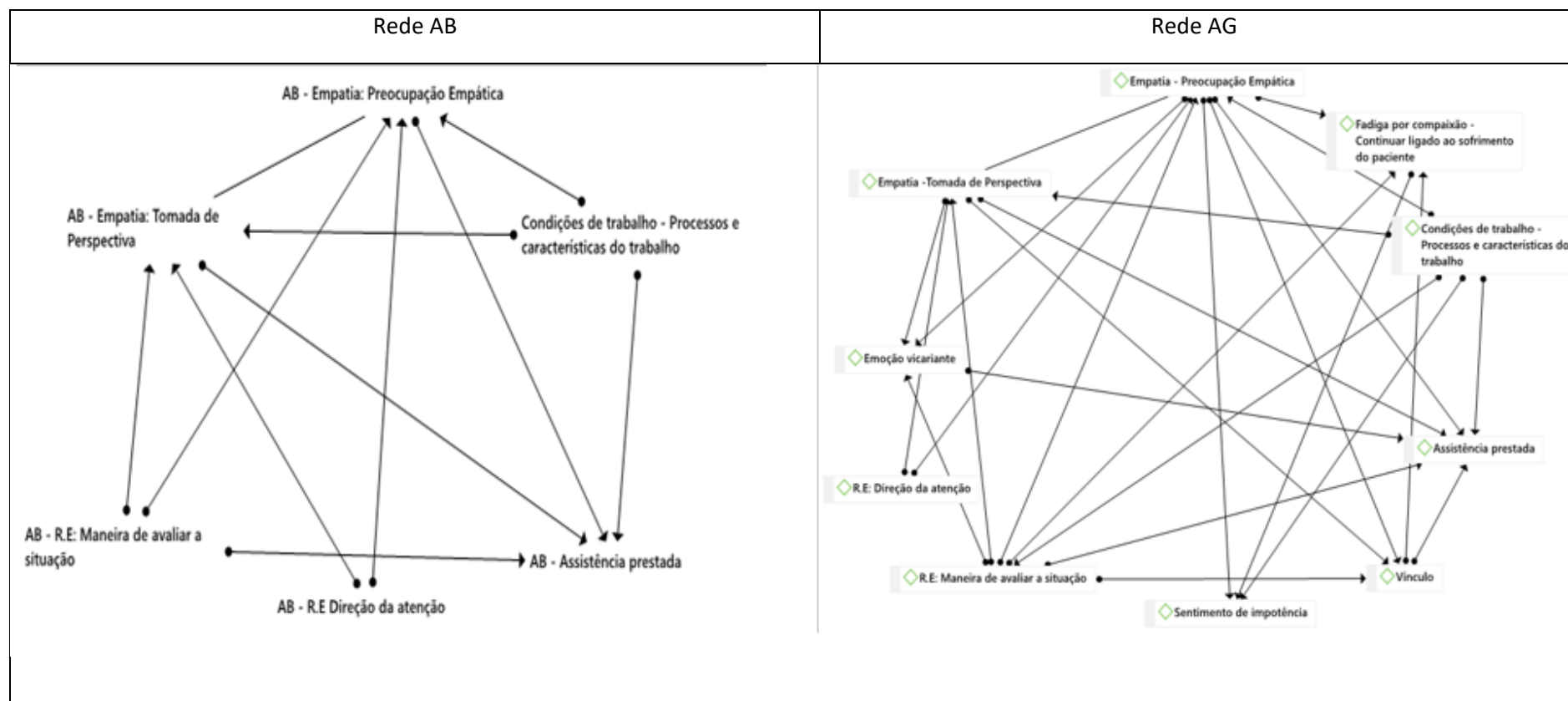


Figura 4. Redes semânticas emergentes do conceito de "Preocupação Empática".

Mudar a direção da atenção durante a assistência tardia voltada ao abortamento induzido tem implicações no comportamento do cuidado. Pudemos verificar que essa estratégia cognitiva de regulação sustenta a atenção dos profissionais exclusivamente às necessidades técnicas do cuidado em saúde. Desse modo, a assistência torna-se fragmentada, como pode ser observado na citação da Entrevistada A:

O abortamento mesmo, é uma mulher que ela precisa entrar pra sala. Então na hora que chega pra mim, eu quero saber se ela tem acesso calibroso, se eu vou precisar pedir sangue, se já tem a... Se a equipe tá preparada, se eu já tenho instrumento, o quê que o médico precisa mais. Então assim, no momento do abortamento que essa mulher chega sangrando, num dá pra sentir nada.

Por sua vez, ressignificar a situação geradora de emoção no trabalho oferece mais recursos internos para a autorregulação dos profissionais. Por meio dessa estratégia, os profissionais apresentam maiores condições para a promoção da integralidade do cuidado. A citação do Entrevistado F exemplifica essa colocação:

Então quando você recebia uma pessoa que ela tinha provocado o aborto, quer dizer, pra mim o provocar o aborto diz de um desespero de não estar conseguindo resolver as coisas de uma outra forma e aí é sempre mais preocupante, mas pra mim não faz diferença, eu estou atendendo a mesma mulher. Tenho que ficar mais atento com essa, sim, porque às vezes essa está mais sofrida, mas ela muitas vezes não era... ela, ela não chegava pra nós e eu tenho que contar pra vocês uma história.

A mudança de direção e a maneira de avaliar a situação são estratégias de regulação emocional que, no campo do cuidado tardio ao abortamento ilegal, facilitam a execução técnica do labor. Não garante, contudo, a qualidade da execução. Além disso, essas estratégias exercem influência sobre o desenvolvimento da Preocupação Empática, pois poderão promover a aproximação ou o afastamento emocional e empático dos profissionais em relação às suas pacientes.

Um bom padrão de autorregulação é exigido dos profissionais de saúde para que seja possível a execução do seu exercício laboral, especialmente porque as condições do trabalho, em especial, as características e os processos do trabalho mobilizam muitas emoções nos trabalhadores. Essas emoções são provenientes, sobretudo, da exposição

desses trabalhadores a conteúdos concernentes à morte, adoecimento, perdas e luto. Assim, as regulações emocionais são um mecanismo fundamental ao trabalho com emoção, como é o trabalho em saúde (Gondim & Siqueira, 2014).

Além disso, os processos do trabalho encontram-se em crescente precarização, dada a repetição mecanicista da execução dos procedimentos de cuidado e a sobrecarga laboral. Em vista disso, apontamos que o trabalho em saúde acentua os gastos cognitivos pessoais do profissional (Scholze et al., 2009). Essas condições são inibidoras do desenvolvimento da Preocupação Empática.

Na Rede AG, emergente da Preocupação Empática, novos conceitos, além dos conceitos já descritos, surgem da experiência empática dos entrevistados. Emergiram o vínculo, as emoções vicariantes, o sentimento de impotência e a sensação de continuar conectado ao problema das pacientes.

O vínculo entre os trabalhadores da saúde e seus pacientes, segundo Campos (1996/1997 [2002]) e Barbosa e Magalhães (2017), é a base para a superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista que, por vezes, constitui o cuidado em saúde. Portanto, a construção de vínculo traz potência para a promoção do cuidado integral, propiciando subsídios para a humanização da assistência em saúde e para o desenvolvimento de uma clínica ampliada. Desse modo, temos que o vínculo impacta positivamente a assistência oferecida pelo profissional.

Entrevistada D: Eu sentia que eu fazia parte da vida dela, sabe? Que eu chegava e ela falava assim "então vamos" e sentava na cama, sabe? Com aquela demanda de fala e aí ia contando a história dela e aí eu tava ali junto com ela vendo aquele filme da história dela e fazendo parte daquela história. Então, eu lembro de detalhes da história dela, eu lembro da voz dela, né?!

Entrevistada A: Então era uma mulher que precisava do acompanhamento dela, mas também precisava do meu porque eu já tinha vínculo com esta mulher.

Para além dos conteúdos teóricos que descrevem os benefícios do vínculo na humanização da assistência, nesse estudo verificamos que ele é produto da empatia. Esse

produto marca a principal diferença entre a experiência emocional dos profissionais de saúde nos dois campos em análise. Tomar o ponto de vista das pacientes e preocupar-se com elas é experienciado pelos profissionais de saúde no campo geral da assistência obstétrica e perinatal como um processo de construção de relações afetivas e de confiança.

Vincular-se às mulheres durante a assistência, todavia, cobra um preço aos profissionais de saúde, visto que esse construto é experienciado com a sensação de estar demasiadamente conectado ao sofrimento das pacientes. Não por acaso verificamos que no contexto geral da assistência obstétrica e perinatal a Preocupação Empática está associada à fadiga por compaixão.

Os profissionais indicam continuar pensando e se preocupando com suas pacientes após o turno de trabalho, muitas vezes, sentem-se angustiados frente às lembranças decorrentes do cuidado e, assim, dizem sentirem-se conectados ao sofrimento dessas.

Entrevistada E: São dois dias, três dias, às vezes até um tempo maior que você consegue se desligar daquela pessoa; a mente da gente costuma ficar aquela mente assim, você fica pensando "Poxa vida, será que eu fiz tudo que eu podia ter feito?" ou "Será que eu podia ter feito melhor?" Entendeu?

As emoções vicariantes também contribuem para o aumento da percepção dos trabalhadores de estarem conectados demasiadamente ao sofrimento das pacientes. Essas emoções estão associadas à Rede AG e nos trazem a compreensão de que preocupar-se com as pacientes, por vezes, implica em sentir de forma secundária o que o outro está sentindo.

Entrevistado F. Eu fiquei ali do lado dele [esposo da paciente] o tempo todo e foi um momento de muito sofrimento, muita angústia, sentir o sofrimento dele foi muito duro e aí como... Ele esbravejava muito e eu fiquei muito angustiado.

Por fim, na rede semântica AG identificamos que a Preocupação Empática potencializa os sentimentos de impotência dos profissionais. Ao preocupar-se empaticamente com as usuárias, os profissionais, por vezes, sentem-se impotentes por não conseguir oferecer às mulheres o padrão de cuidado que tinham a intenção de

oferecer. Vale colocar que, em geral, são as condições de trabalho que os impossibilitam de exercer o trabalho no formato considerado por eles como ideal.

Entrevistado B: Eu falo nessa questão, você trabalhar o paciente da saúde mental, pra mim, é o paciente mais difícil que tem, porque na realidade, como eu não sou da área, eu não consigo identificar, o quê que é, na realidade, o quê que é realidade ou o quê que essa paciente tá delirando, sei lá se... Então eu as vezes não sei avaliar. Então, pra mim, eu acho uma das coisas mais difíceis... Mas era uma coisa tão gritante a questão da saúde mental com essa paciente que precisa de um psiquiatra e ninguém viu isso? Eu falei assim: "O quê que é isso?", entendeu? A paciente que vai lá várias vezes, então, isso às vezes me angustia muito, fico muito chateado com essas coisas.

Empatia: Angústia Pessoal

Na Figura 5 são apresentadas duas redes semânticas que emergem do conceito Angústia Pessoal (Davis, 1983). Identificamos que a rede de significados que constitui a Angústia Pessoal guarda diferenças importantes segundo o contexto do cuidado, como ocorre na Preocupação Empática.

A partir da Figura 5, verificamos que do código Angústia Pessoal na Rede AB não derivam quaisquer redes semânticas. Levantamos a hipótese de que os profissionais de saúde apresentam bom padrão de autorregulação frente à ansiedade, tensão e/ou inquietude decorrentes das relações interpessoais estabelecidas com as mulheres que realizaram um aborto. Essas regulações ajustam as emoções às normas sociais e, provavelmente, nesse contexto as regulações inibem ou modificam a manifestação das emoções decorrentes dessa dimensão emocional da empatia, impossibilitando nossa escuta acerca da expressão dessa durante a entrevista.



Figura 5. Redes semânticas emergentes do conceito de "Angústia Pessoal".

No campo da assistência obstétrica e perinatal geral, por outro lado, verificamos a ocorrência de uma rede semântica composta por um único conceito. Nessa, a Angústia Pessoal está associada à história psicossocial dos profissionais entrevistados. Segundo Kovacs (2010), através do trabalho do cuidado, muitas vezes, os profissionais de saúde entram em contato com suas próprias dores e sofrimento. Assim, podem se tornar sensíveis às emoções das pessoas sob seus cuidados, pois essas poderão remeter-lhes às suas próprias emoções.

Em vista disso, o conteúdo do trabalho em saúde poderá levar o contato com o sofrimento e com a dor em suas diversas dimensões. “Este convívio com dor, perda e morte traz ao profissional a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre tem autorização para compartilhar” (Kovacs, 2010, p. 425).

Entrevistada D: É isso que eu tô dizendo, como eu tenho trabalhado na UGC [Unidade Cirúrgica Ginecológica] por muito tempo, afetou muito na minha gravidez, por exemplo, afetou muito. E afeta, porque se algum dia eu chego em casa com um caso, assim, entendeu, muito gritante, muito de uma fragilidade, de uma vulnerabilidade muito da paciente, eu chego em casa com isso assim, né?!

Empatia: Tomada de Perspectiva

Na Figura 6 estão apresentadas duas redes semânticas emergentes do conceito Tomada de Perspectiva (Davis, 1983). Identificamos que a rede semântica que constitui a Tomada de Perspectiva também guarda diferenças importantes segundo o contexto do cuidado.

A Rede AB de Tomada de Perspectiva é composta por Preocupação Empática, condições de trabalho, estratégias cognitivas de regulação emocional, emoções vicariantes, atribuição de causalidade e assistência prestada.

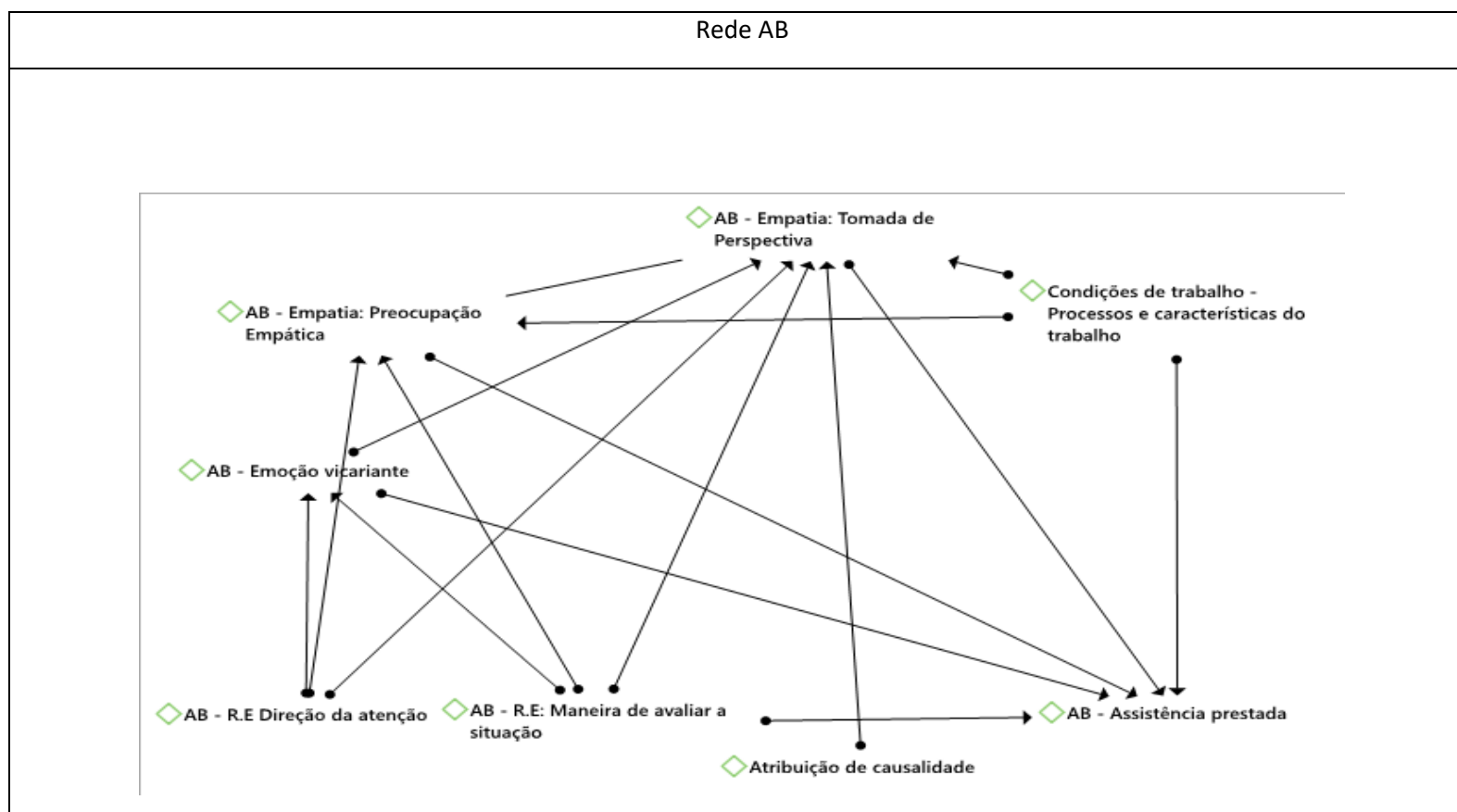


Figura 6. Rede semântica AB emergente do conceito "Tomada de Perspectiva"

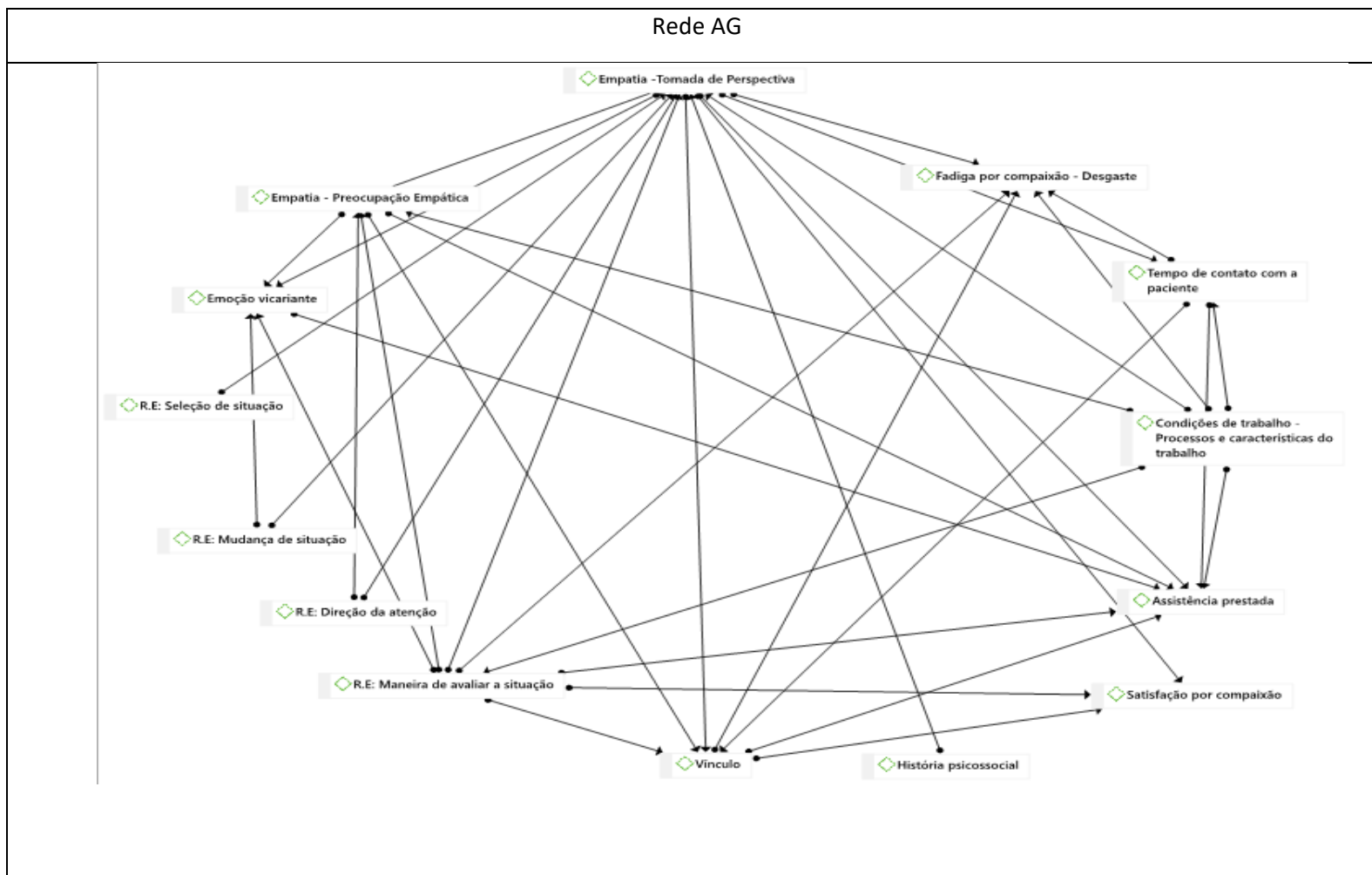


Figura 7. Rede semântica AG emergente do conceito "Tomada de Perspectiva".

Nessa rede, verificamos a manifestação conjunta das dimensões cognitiva e emocional da empatia. A Preocupação Empática e a Tomada de Perspectiva continuam exercendo influência mútua, o que, segundo Falconi et al. (2008), indica a existência de empatia dos profissionais de saúde despendida às mulheres que realizaram um aborto.

As condições de trabalho influenciam a Tomada de Perspectiva, indicando-nos o impacto que os processos e as características do trabalho têm nessa dimensão cognitiva da empatia. Mantendo o mesmo padrão de influência encontrado na rede semântica de Preocupação Empática, as condições de trabalho influenciam negativamente o desenvolvimento da Tomada de Perspectiva. Entre as condições de trabalho indicadas pelos profissionais destaca-se o breve tempo de contato dos profissionais com as usuárias.

Entrevistada C: Porque como eu não tive muito tempo pra trabalhar isso com ela, é difícil se colocar no processo em que você não sabe ele cem por cento.

Somado ao contato fugaz entre os profissionais de saúde e as usuárias, que configura o caráter de urgência dos procedimentos técnicos do cuidado tardio ao abortamento, os trabalhadores indicam a mecanização dos processos de trabalho. Segundo Scholze et al. (2009), a precarização do trabalho em saúde se sustenta, sobretudo, na repetição mecanicista da execução dos procedimentos de cuidado. Assim, são potencializadas experiências de alienação no trabalho, sob as quais os trabalhadores são afastados do processo de criação no seu labor. Uma das consequências observadas nesse estudo para essa conjuntura alarmante é a dificuldade em tomar o ponto de vista das pacientes.

Entrevistada E: Porque é aquele automático de tudo: "hora do antibiótico", "hora do lanche", "hora do banho", entendeu? Era só mais uma paciente que tinha tido um aborto.

Frente aos dificultadores do desenvolvimento da empatia impostos pelas condições de trabalho, os profissionais de saúde lançam mão de mecanismos cognitivos

para regular o desenvolvimento da Tomada de Perspectiva durante a assistência tardia ao abortamento ilegal.

Os mecanismos de regulação emocional se fazem presentes nessa rede semântica com a função de promover maior proximidade afetiva e, assim, construir possibilidades de o profissional de saúde tomar o ponto de vista dessas mulheres. Na citação a seguir, a Entrevistada E usa a estratégia de redirecionar sua atenção para outras partes da situação, voltadas à assistência em si, evitando tomar conhecimento sobre a etiologia do aborto.

Entrevistada E: Porque, assim, hoje em dia quando eu pego uma paciente que provocou um aborto, eu falo por mim mesma, eu não quero saber se ela provocou ou se ela não provocou, entende? Eu quero dar assistência pra ela de uma forma que ela possa se sentir tão importante, que ela saiba o seguinte: que eu não estou ali pra discriminar ela pelo que ela fez ou por aquele momento que ela está passando.

A presença desses mecanismos de regulação associados à Tomada de Perspectiva nos permite levantar a hipótese de que há elementos emocionais embutidos nessa dimensão cognitiva da empatia. Um elemento emocional identificado nessa rede semântica é a emoção vicariante.

Ao tomar o ponto de vista das pacientes, os profissionais de saúde frequentemente dizem sentir as mesmas emoções manifestadas por elas. Desse modo, a Tomada de Perspectiva parece implicar em um contágio emocional, que se estrutura a partir da habilidade em perceber os estados emocionais internos e subjetivos de alguém.

Entrevistada A: Eu tento imaginar o que ela tá sentindo naquele momento. Não tem como você prestar uma assistência sem olhar dentro daquela mulher e quando você olha dentro, cê sente junto com ela.

A atribuição de causalidade também está presente na Rede AB e exerce influência sobre a Tomada de Perspectiva. A atribuição de causalidade nos revela que ao inferir sobre as causas que levaram as mulheres a abortarem, os profissionais de saúde podem atribuir fatores controláveis ou incontroláveis (Weiner, 1985; 2010). Ao atribuir a realização do aborto como ocorrência incontrolável, os profissionais de saúde

desresponsabilizam suas pacientes e, por conseguinte, são mais propensos a tomarem o ponto de vista delas. Por outro lado, ao avaliarem que a causa do abortamento foi controlável, os profissionais de saúde demonstram maior dificuldade em tomar a perspectiva de suas pacientes.

Entrevistada E: Aí desse dia pra cá eu passei a observar, que essas meninas, a maioria delas que provocam o aborto, elas não querem fazer isso, elas não fazem simplesmente "porque eu não quero ter um filho", muitas num sabem nem porque está fazendo. O namorado não quer, porque ameaça bater, ameaça contar pros pais, né? Ou às vezes é um homem casado que fala que vai deixar ela sem assistência nenhuma, ou às vezes é os pais mesmo que não querem que elas tenham.

Entrevistada E: Eu passei a observar aí o seguinte, que nem todas que provocam, provocam simplesmente porque querem.... Porque não querem o bebê, provocam por algum motivo, então a gente passa a respeitar as mulheres...

Entrevistada D: Mas a gente que é mulher também não é fácil saber que aquela pessoa quis tirar um bebê, né?

Assim, a atribuição de causalidade exerce influência significativa na Tomada de Perspectiva nesse contexto. A Tomada de Perspectiva, contudo, não apenas recebe influências de outros elementos como também é potente na influência sobre o comportamento de ajuda. Identificamos que ao tomar o ponto de vista das pacientes frequentemente os profissionais indicam melhoras na qualidade clínica e terapêutica do cuidado. Em contrapartida, ao não conseguir tomar a perspectiva das mulheres a assistência encontra prejuízos, especialmente no contexto em estudo, que por vezes é palco de graves violações de direitos.

Entrevistada E: Mas essa paciente, foi uma paciente que tipo assim "Ah! Quando der faz a curetagem", entendeu? "Ah! Quando sobrar tempo eu passo o medicamento", entende? "Ah, você está passando mal, está sentindo dor? É assim mesmo, vai ter que sofrer, agora até sair tudo tem que sofrer", entendeu?

No campo geral da obstetrícia e da perinatalidade, entretanto, uma nova rede semântica se constitui a partir do conceito Tomada de Perspectiva. As associações que emergem são: Preocupação Empática, história psicossocial, emoção vicariante,

estratégias cognitivas e antecedentes de regulação emocional, condições de trabalho, tempo de contato com a paciente, vínculo, assistência prestada, desgaste e satisfação por compaixão.

Aqui discutiremos os elementos adicionais que marcam a diferença entre as redes semânticas emergentes do conceito Tomada de Perspectiva nos diferentes contextos da assistência materna, a começar com a história psicossocial dos profissionais. Através da rede de significados identificamos que a Tomada de Perspectiva poderá ser facilitada ou inibida conforme a história psicossocial dos profissionais, o que podemos verificar nas citações dos Entrevistados B e C.

Entrevistado B: Então, por exemplo, a X [filha do entrevistado] ela foi pro CTI quando ela nasceu, que ela nasceu prematura, aí aquela sua angústia de você não saber como vai evoluir, essas coisas todas, aí você começa a entender... Então antes eu olhava e falava assim, eu sou uma pessoa muito próxima dos pacientes, as vezes que tá internado ou tá no CTI eu ia lá. Aí você começa a entender a agonia que a pessoa fica, então às vezes é bom você passar um pouquinho, porque a realidade você começa a perceber como que é, entendeu?

Entrevistada C: Aí depois que eu engravidei eu consegui acho que ter muito mais empatia por essas mães do que antes, antes de engravidar.

Identificamos, portanto, que a história pessoal de cada profissional é capaz de impactar a Tomada de Perspectiva dos trabalhadores em relação às suas pacientes e, por conseguinte, impacta a qualidade da assistência. Essa observação emergida da Rede AG vai ao encontro de Aguiar (2009) que nos indica que tomar o ponto de vista dos pacientes melhora a competência técnica e clínica dos profissionais.

Por outro lado, a história psicossocial dos profissionais pode contribuir para que tomar a perspectiva das pacientes gere estados emocionais indesejáveis durante o seu labor.

Entrevistada D: Então assim, na minha gestação... Eu tô gestante, tô com 34 semanas, quase, de gestação. E assim, eu fiquei muito impactada, eu saí dessas alas, quando eu resolvi engravidar.

Frente a esses estados emocionais os profissionais de saúde lançam mão de estratégias externas de regulação emocional. A seleção de situação esteve presente como estratégia externa de regulação das emoções associadas à Tomada de Perspectiva. Seleção de situação é uma estratégia de regulação emocional na qual os profissionais entrevistados fizeram uso desse recurso para se preservarem emocionalmente frente ao conteúdo do trabalho, especialmente quando esse conteúdo vai ao encontro de suas histórias psicossociais.

Entrevistado F: E aí teve um dia que nós atendemos 4 primeiras consultas. E atender a primeira consulta, como eu disse inicialmente, era sempre muito mais angustiante, porque era muito próximo da violência. Essa mulher tava muito baqueada e tal. E aí quando nós terminamos de atender a quarta paciente, e o X saiu da sala dele e foi me encontrar na minha sala, a Y saiu da sala dela, assim, desorientada, entrou na nossa sala, trancou a porta, teve um primeiro assim... Num vou dizer que foi um acesso de choro, mas ela perdeu um pouco aquela voz comum, o olho encheu d'água e ela falou assim "Olha. Vocês dois estão proibidos de atender, de atender mais de dois pacientes por dia, de primeira consulta". E aí, a gente ficou meio sem entender e ela falou assim: " Olha, vocês são homens. Vocês não viverão uma situação de violência sexual. Eu sou mulher. Escutar 4 histórias num dia só é insuportável. Eu não dou conta.". Aí lágrima desceu naquela hora. E a partir daquilo virou critério para nós. A gente estipulou assim: "a gente não atende mais, você passa para o dia seguinte". Mas a gente não mandava para ela, em especial, porque a gente percebeu que ela, ela ficou muito abalada com aquilo.

Entrevistado B: Aí depois disso [adoecimento vivido pelo entrevistado], praticamente eu já comecei a fazer uma linha assim, pra parar de fazer qualquer tipo de procedimento. Na realidade, com isso eu mudei completamente a minha vida, parei de fazer cirurgia, tá certo?

Segundo Gross e Thompson (2007) e Vikan (2017) as estratégias relacionadas com a situação referem-se a comportamentos que podem evitar o desencadeamento de uma emoção ou que são capazes de modificá-la. Por meio dessas estratégias antecedentes de regulação emocional os profissionais, por vezes, são capazes de selecionar a situação que lhes provoca mal-estar subjetivo. Todavia, no trabalho em saúde essa estratégia esbarra em um limite estrutural, uma vez que o profissional de saúde tem o dever de oferecer assistência a suas pacientes. Assim, seus recursos estão restritos a seleções de

situações pontuais, como mostra o Entrevistado F no exemplo acima, que buscou diminuir o número de atendimentos ofertados a mulheres vítimas de violência sexual num mesmo dia.

As estratégias cognitivas de regulação emocional estiveram presentes nas duas redes semânticas de Tomada de Perspectiva. Contudo, verificamos que essas estratégias tiveram funções distintas segundo o contexto do trabalho. Merecem, portanto, nosso olhar analítico.

Na assistência obstétrica e perinatal geral as estratégias cognitivas de regulação emocional associadas à Tomada de Perspectiva amenizaram a angústia vivida pelos profissionais ao tomar o ponto de vista de suas pacientes. A partir da resignificação das próprias experiências e emoções vicariantes no trabalho, os entrevistados se autorregulam e, por vezes, afastam-se emocionalmente das usuárias.

Entrevistada D: Então, eu às vezes sinto mais as dores, porque eu tô ali me colocando no lugar do outro, mas isso me ajuda a estar com ela de verdade então gera pra mim um desgaste, mas gera pra mim a competência do trabalho, senão eu acho que o trabalho não fica bom.

Entrevistada A: Eu não tomo a dor dela pra mim, eu procuro sentir o que ela tá sentindo. Pra saber como eu vou fazer pra ajudar aquela mulher, é meio que uma forma de... de enxergar aquela mulher sem que ela fale comigo, é uma forma de enxergar ela, o sentimento dela, mas eu não tomo pra mim a dor dela. É diferente, tem que saber separar, que aí a gente adocece, a gente não dá conta.

A partir das citações das Entrevistadas D e A podemos perceber, também, que o esforço cognitivo destinado à autorregulação frequentemente produz efeito na saúde mental dos profissionais de saúde. O desgaste emocional foi apontado pelos entrevistados como o principal sintoma decorrente da atuação de cuidado no cenário da obstetrícia e da perinatalidade.

O desgaste emocional é um sintoma da Fadiga por Compaixão e no contexto da obstetrícia e da perinatalidade percebemos que esse está associado não apenas à exposição crônica à dor e ao sofrimento das pacientes. Mas, também, ao esforço cognitivo

despendido para a regulação das emoções no trabalho, especialmente em relação às emoções vicariantes.

O tempo de contato com a paciente foi outro elemento fundamental para sustentar o desgaste dos profissionais no seu fazer laboral. Na obstetrícia, o tempo despendido no cuidado com as pacientes poderá variar conforme o procedimento técnico realizado e as demandas de saúde dessas. Quanto maior o tempo despendido no cuidado com as pacientes, maior possibilidade de os trabalhadores da saúde tomarem o ponto de vista delas. Ao tomarem a perspectiva das pacientes, aumenta o desgaste vivido no trabalho. Afinal, o profissional despenderá mais recursos cognitivos para autorregulação ao entrar em contato com a dor e o sofrimento das usuárias.

Entrevistada E: Vamos supor que eu pegue o plantão e aquela paciente passe por mim em meia hora, em quarenta minutos e num tem um desfecho muito bacana ou tem um desfecho maravilhoso é uma paciente que num fica... a gente num tem aquele envolvimento, entendeu?! Mas quando é aquela paciente que você acompanha há mais tempo, que você acaba criando um vínculo, então tem um desgaste, a gente tem um desgaste assim, bem considerável!

Nessa citação, verificamos que o tempo de contato com as pacientes também está relacionado à construção de vínculos entre os profissionais de saúde e as usuárias do serviço. O contato prolongado entre esses sujeitos facilita a tomada de perspectiva e essa, por sua vez, possibilita a construção de vínculos. Como já mencionado nesse estudo, o vínculo é uma dimensão da relação entre o profissional e seus pacientes potente para a produção da integralidade do cuidado (Campos, 1996/1997 [2002]).

Ao contribuir para a qualidade da assistência, a Tomada de Perspectiva assume dois impactos distintos na saúde mental dos trabalhadores. O primeiro, já indicado, refere-se ao desgaste cognitivo provocado pelas regulações emocionais no trabalho frente à exposição crônica dos profissionais à dor e ao sofrimento das pacientes. O segundo refere-se à possibilidade que essa dimensão da empatia confere ao desenvolvimento da

Satisfação por Compaixão. Tomar o ponto de vista das pacientes facilita a percepção acerca do efeito do trabalho do cuidado para as mulheres.

Entrevistado D: Porque você sente que o seu trabalho tem resultado, sabe? Que assim o seu contato com a paciente, essa paciente sai melhor porque ela tem a oportunidade de falar, de se abrir, de olhar pro sentimento, então isso faz diferença e a gente vê a paciente voltando e a paciente agradecendo, falando de como foi importante aquele apoio, né?

Entrevistado B: Essa questão de você ter um ganho pro outro, é importante você trabalhar. Não é só assim: “Ah não eu quero receber isso... Vou fazer isso. Deixar.... Vou fazer mais nada, to nem aí! ”. Porque na realidade tem este outro ganho que eu falo assim, questão pessoal. De você fazer uma coisa boa para outra. Entendeu?

Assim, identificamos um duplo impacto de um mesmo construto na saúde mental do trabalhador. Ao mesmo tempo que a Tomada de Perspectiva traz desgaste, traz, também, experiências gratificantes no trabalho em saúde. As condições de trabalho, em específico as características e os processos de trabalho, mostraram-nos elementos fundamentais que marcam essa distinção.

Através das condições de trabalho os profissionais encontram recursos ambientais e limites institucionais que constituem a experiência subjetiva no trabalho e atravessam a relação estabelecida entre os atores sociais. Ou seja, as condições de trabalho são um dos pilares que sustentam a diferença entre experiências adoecedoras e gratificantes no trabalho no contexto da obstetrícia e da perinatalidade.

Fadiga por compaixão: Continuar conectado ao sofrimento das pacientes

Na Figura 7 estão apresentadas duas redes de significados emergentes do conceito Continuar ligado ao sofrimento das pacientes, indicado por Figley (1995) como uma sintomatologia da fadiga por compaixão. Verificamos que sentir-se conectado ao sofrimento das pacientes está circunscrito a alguns contextos do cuidado obstétrico e perinatal, não se aplicando à assistência tardia ao abortamento.

Do conceito Continuar conectado ao sofrimento das pacientes não emergiu uma rede semântica quando no contexto de atenção tardia ao abortamento. Isso significa, que a experiência subjetiva de trabalho dos entrevistados nesse campo não incide sobre esse sintoma comum à fadiga por compaixão.

Por outro lado, continuar ligado ao sofrimento das pacientes no campo da assistência geral obstétrica e perinatal emerge uma rede semântica associando vários conceitos. Essa rede de significados se constitui a partir do sentimento de impotência, do vínculo, da emoção vicariante, das estratégias cognitivas de regulação emocional, das condições de trabalho, da assistência prestada e, por fim, da tomada de perspectiva.

O sentimento de impotência coloca em evidência que o trabalho em saúde implica em uma certa falta de governabilidade dos profissionais de saúde, sendo a morte o maior exemplo (Kavacs, 2010). A falta de governabilidade, por vezes, confronta a expectativa de alguns profissionais em relação ao efeito do seu trabalho sobre as usuárias, gerando angústia e sofrimento a eles.

Entrevistada E: Eu me senti muito assim, impotente, sabe? Eu queria poder ter previsto aquilo tudo, pra ter evitado tudo aquilo acontecer, sabe? Eu fiquei assim um bom tempo e depois, alguns meses, depois no dia-a-dia a gente vai vendo casos, casos, casos e casos.

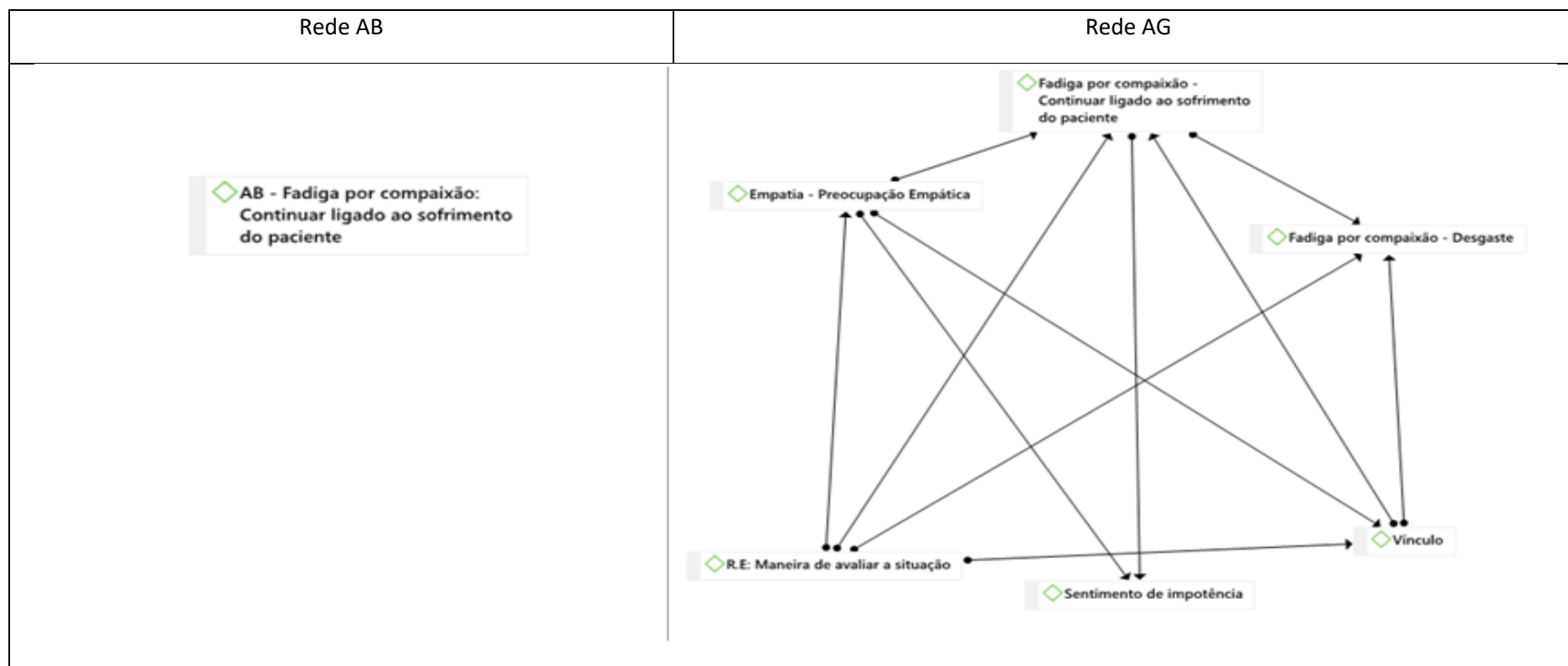


Figura 8. Redes semânticas emergentes do conceito "Continuar conectado ao sofrimento das pacientes".

Essas expectativas são sustentadas pelas emoções vicariantes vividas durante o fazer laboral dos entrevistados. Desse modo, identificamos que continuar conectado ao sofrimento das pacientes implica em se contagiar com as emoções manifestadas por elas.

As emoções vicariantes são reguladas por estratégias cognitivas de regulação emocional. A direção da atenção e a maneira de avaliar a situação trazem possibilidades de autorregulação no trabalho frente às emoções, contudo não impedem que os profissionais que atuam na assistência obstétrica e perinatal sintam-se demasiadamente conectados aos problemas de suas pacientes.

Entrevistado D: [...] não dá pra você fazer igual tá no papelzinho: Saiu, desligou, quando eu voltar no outro dia eu ligo. Então, tem coisa que impacta muito e acaba levando pra casa sim, com certeza.

O vínculo, assim como as emoções vicariantes, é um importante conceito que emerge dessa rede de significados, pois exerce influência para o desenvolvimento desse sintoma da fadiga por compaixão.

Para Magalhães e Feriotti (2015) a base do vínculo está na capacidade de nos afetarmos e sermos afetados pelos outros. Ao encontro dessa colocação verificamos que o vínculo potencializa experiências secundárias no trabalho, condição que promove a percepção de estarem conectados ao sofrimento de suas pacientes.

Sentir-se conectado ao sofrimento de alguém demanda um reconhecimento desse sofrimento. Em vista disso, o sintoma da fadiga por compaixão na Rede AG também está associado à Tomada de Perspectiva. Ao tomar o ponto de vista das pacientes os profissionais de saúde entram em contato com os estados emocionais dessas. Assim, podem compreender a dor, o sofrimento, o temor e as dificuldades das mulheres em atendimento. Por isso, compreendemos que essa dimensão cognitiva da empatia é basal para o desenvolvimento desse sintoma.

Por fim, identificamos que as condições de trabalho, em especial as características e processos de trabalho, também são fundamentais no desenvolvimento desse sintoma. Afinal, as características e os processos de trabalho em saúde, em específico no ambiente hospitalar, expõem o trabalhador a conteúdos ocultados pela sociedade, como a morte, o sofrimento e o adoecimento (Lima & Andrade, 2017).

Entrevistada D: Como a gente trabalha com empatia o tempo todo, o tempo todo tentando se colocar no lugar do outro, tempo todo trabalhando com a dor humana em qualquer lugar que a gente esteja. Não vai chamar o psicólogo porque a pessoa está rindo, porque ela tá feliz, que não precisa da gente.

Entrevistada C: Como a nossa coordenadora fala, lá você trabalha com a clínica da tragédia, e é tragédia mesmo! Então muitas vezes falam assim, nossa que lindo você trabalha na maternidade?! Lindo? Depende de que ponto de vista, porque eu não atendo as mães que tão lá sem nenhuma questão, eu não atendo as mães que estão com os bebês saudáveis. Eu atendo as mães que têm alguma intercorrência lá dentro. Eu atendo mães usuárias de álcool e drogas, que algumas vezes estes bebês são recolhidos pela vara, né?!

Fadiga por compaixão: Desgaste

Na Figura 9 estão apresentadas duas redes de significados emergentes do conceito Desgaste, nomeado por Figley (1995) como uma sintomatologia da fadiga por compaixão.

A Rede AB de Desgaste é composta pelo sentimento de impotência e por uma estratégia cognitiva de regulação emocional. Conforme coloca Battikha (2011) a expectativa social, tantas vezes não realizável, expõe os profissionais de saúde a suas próprias exigências ligadas ao seu ideal de conhecimento, de resolutividade e de cura. Assim, a sociedade deposita sua expectativa de saber absoluto nos trabalhadores da saúde e, frequentemente, esses profissionais respondem desse lugar. Em vista disso, para que haja certo controle e permanência nesse lugar os trabalhadores investem em antecipar os acontecimentos na cena do cuidado; contudo, a qualquer momento podem ser

surpreendidos pelo inesperado. A impotência reside nesse inesperado que marca a ausência de controle dos profissionais de saúde no seu exercício laboral.

A assistência tardia ao abortamento ilegal parece constituir esse campo do inesperado, no qual o profissional se vê sem controle sobre as mulheres e, especialmente, sobre o desejo dessas. A recusa de uma mulher em gestar e em exercer a função materna anuncia que há componentes psicossociais determinantes na experiência materna e sob os quais os profissionais de saúde não têm quaisquer controles. Dito isso, embora sabido da sua prevalência estatística, o abortamento provocado parece estar além do saber e do controle biomédico. Ele explicita a singularidade do desejo de cada mulher e, dessa forma, vai de encontro com as normas sociais e com as próprias expectativas pessoais dos profissionais sobre essas mulheres.

Entrevistado B: Ah tipo assim, cê tá matando uma pessoa né?! Aquilo ali na realidade você viu que realmente tinha uma vida ali. Então aquilo me sensibilizou muito.

Assim, o desgaste dos profissionais de saúde no contexto da assistência tardia ao abortamento relaciona-se às emoções decorrentes do sentimento de impotência. Através da possibilidade de ressignificar as situações vividas durante a assistência a essas mulheres, os profissionais de saúde se autorregulam para a execução da sua prática laboral.

Entrevistada C: O bebê nasceu com 26 semanas, sobreviveu 48 horas e acabou evoluindo pro óbito. É, e aí assim o que me deixou muito desgastada e que aí assim, chega um momento que a gente não consegue fazer tudo aquilo que a gente gostaria, mas a equipe não, não, não é que eles desrespeitaram ela, mas o que me incomodou foi o burburinho dentro da equipe em relação a isso, sabe? Inclusive esse caso específico levei para minha coordenação para a gente tentar ver se conseguia fazer alguma coisa lá em relação a, a.... a equipe mesmo.

Entrevistada A: Porque o profissional não pode julgar, isso ali é um ser humano, é a natureza dele falando. Não é o profissional, porque o profissional não pode se dar esse luxo, né?

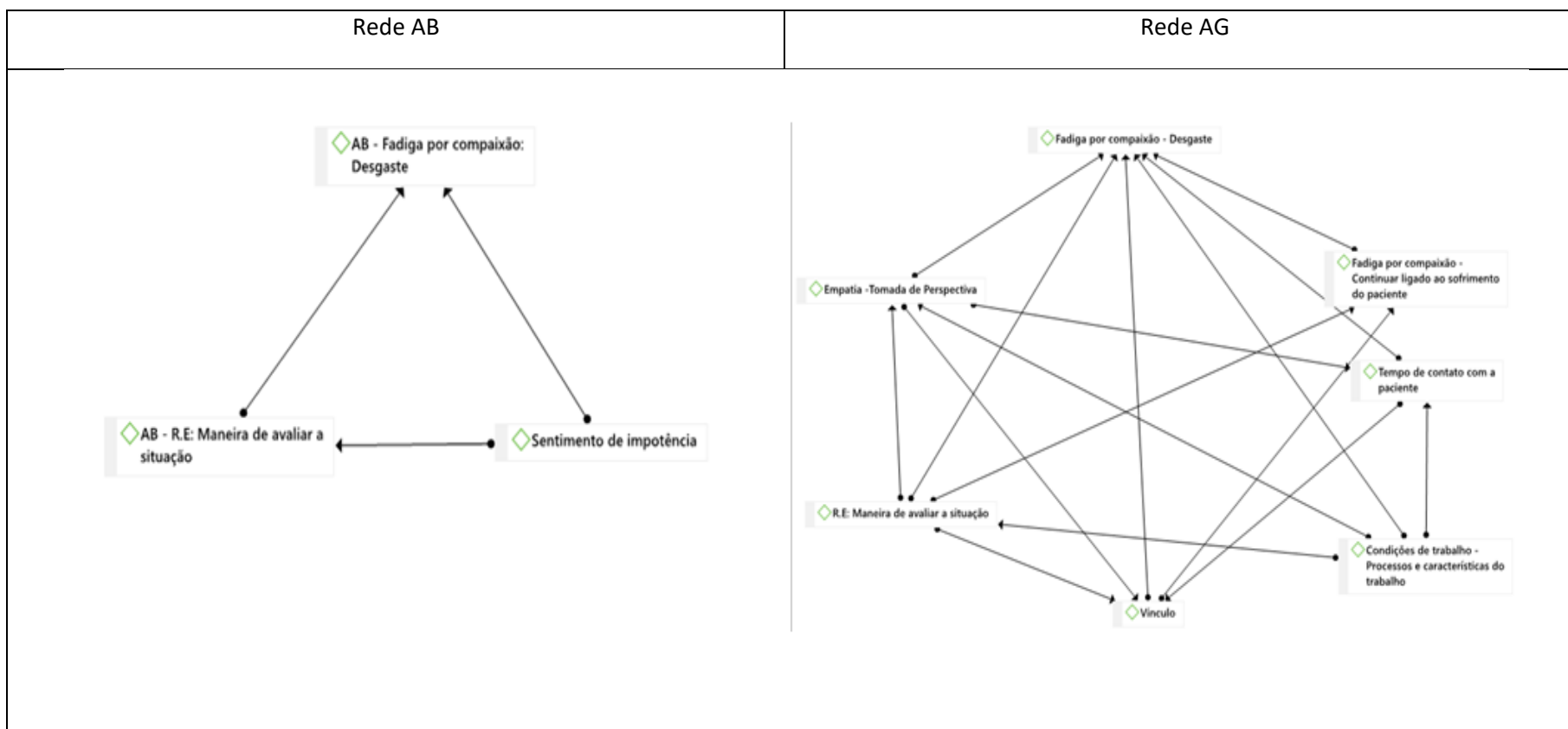


Figura 9. Redes semânticas emergentes do conceito "Desgaste".

Na Rede AG de Desgaste identificamos uma nova rede semântica. No contexto geral da obstetrícia e da perinatalidade, o desgaste está associado à Tomada de Perspectiva, às condições de trabalho, ao tempo de contato com as pacientes, ao vínculo, à sensação de continuar conectado ao sofrimento das pacientes e, por fim, à estratégia cognitiva de regulação emocional.

A relação estabelecida entre o desgaste e a Tomada de Perspectiva nos permite identificar que tomar o ponto de vista das pacientes implica em um desgaste cognitivo e emocional, ao qual o profissional de saúde está continuamente submetido ao tentar compreender a dor e o sofrimento das usuárias. Em vista disso, cada contato entre o profissional e suas pacientes potencialmente produz um desgaste, na medida em que são despendidos esforços cognitivos para alcançar a demanda de cuidado dessas.

Entrevistada D: Então você lida com as expectativas da paciente, depois com a dor daquela paciente que acabou perdendo, depois de tudo não conseguiu, você lida com a... Então assim, lidar com a dor, com a fragilidade humana, isso mexe com a gente, né?! Gera um desgaste porque a gente é humano, porque isso nos toca, né!? Então assim, isso se não... se a gente não se tocar com isso a gente não é humano.

Os profissionais de saúde também estão submetidos a condições de trabalho geradoras desse desgaste. O conteúdo e os processos de trabalho marcam as relações interpessoais no trabalho e, no contexto da assistência à saúde, levam à exposição crônica do trabalhador à dor e ao sofrimento das pacientes, como indicado anteriormente.

Ademais, as características e os processos do trabalho determinam o tempo despendido no cuidado com cada paciente. O tempo varia segundo os procedimentos técnicos a serem realizados, a divisão de trabalho, o apoio interdisciplinar oferecido pela equipe, o acesso aos instrumentos de trabalho e a disponibilidade dos recursos ambientais para a execução do trabalho. No contexto em estudo, o tempo evidenciou a sobrecarga no trabalho, apontando para a necessidade da execução acelerada do trabalho que, por vezes, não acompanha o tempo dos profissionais, tampouco das pacientes.

Entrevistada C: Por mais, corrido que seja.... Porque 6 horas de trabalho é muito pouco para você atender essas mães.

Entrevistado B: Num plantão você faz várias coisas ao mesmo tempo. Ao mesmo tempo que você está atendendo a admissão, você tem que olhar paciente na enfermaria, fazer parto, evoluir a paciente no pré-parto. Então são várias coisas que você tem que fazer e, na realidade, isso me dava angústia, porque você não consegue fazer isso.

Assim, a precarização do trabalho em saúde, cujo tempo é um dos marcadores, desgasta o profissional, uma vez que provoca sobrecarga e contribui para o sofrimento laboral. Por outro lado, quando o tempo de contato com a paciente é prolongado, os entrevistados também indicam ficar desgastados, pois criam vínculos afetivos com suas pacientes e esses levam-nos à percepção de estarem demasiadamente conectados ao sofrimento delas.

Portanto, nessa rede semântica temos que sentir-se conectado ao sofrimento das pacientes gera desgaste aos profissionais da saúde. Especialmente porque, ao se perceber ligado ao problema das pacientes, os entrevistados lançam mão de estratégias de regulação emocional. Assim, despendem esforço cognitivo contínuo para a execução das atividades laborais de cuidado na obstetrícia e perinatalidade. Ou seja, os profissionais de saúde despendem esforço cognitivo para ressignificar sua experiência e suas emoções no trabalho, com vistas a adequá-las à sua identidade profissional.

Entrevistado B: Eu lembro que foi chegando no final do plantão eu já estava exaurido. Estava exaurido mesmo. Eu falo assim, esperando ela morrer. Não tinha mais nada do que fazer, eu vi que não foi uma paciente que assim... que eu e meu colega ficamos assim a noite inteira com ela, tentando as coisas. Mas chegou um momento que assim você... não adiantava mais. Aí você fica exaurido. Não é que você deseja a morte dela, mas vê que acabou. Não tem o que eu fazer, então você fica extremamente cansado.

Satisfação por compaixão

Na Figura 10 estão apresentadas duas redes de significados emergentes do conceito Satisfação por compaixão, indicado por Stamm (2010) e Lago (2008, 2013) como a manifestação de gratificação no trabalhado a partir da remissão da dor de alguém.

Essas redes evidenciam como as experiências gratificantes no trabalho no campo da obstetrícia e da maternidade também guarda especificidades conforme o conteúdo do trabalho.

No campo da atenção tardia ao abortamento, a satisfação por compaixão recebe influência exclusivamente da dimensão cognitiva da empatia, a Tomada de Perspectiva. Entendemos que essa relação surgiu dos dados, pois por meio da Tomada de Perspectiva faz-se possível o reconhecimento acerca do impacto do trabalho às pacientes, em especial na remissão da dor e do sofrimento (Davis, 1983). Assim, ao tomar o ponto de vista das pacientes os profissionais conseguem reconhecer os estados físicos e emocionais delas antes e depois do cuidado. Desse modo, o profissional percebe o resultado do seu trabalho, condição que frequentemente promove experiências gratificantes no trabalho.

Entrevistada E: Nossa eu me senti assim: "Poxa vida, eu ajudei, eu pude... bacana eu ter observado isso dessa menina", sabe? Porque assim, a gente da área da saúde a gente acaba sendo tão automática pra tudo e eu não acho isso legal. Eu acho que a área da saúde a gente tá ali pra... Às vezes o paciente não precisa de remédio, ele precisa de dar uma atenção maior pra ele, ele mesmo conseguir a solução dos problemas dele.

Em relações interpessoais nas quais essa dimensão da empatia encontra baixos níveis, essa percepção poderá ser comprometida, como pode ser observado na citação da Entrevistada D ao se referir à Tomada de Perspectiva despendida a uma mulher que abortou.

Entrevistada D: Eu achei que foi difícil me colocar no lugar daquela que não pôde trazer a sua história verdadeira né? Então talvez, essa coisa que dificultou, se eu tivesse sido uma melhor profissional, mesmo assim eu teria me colocado no lugar dela, alguém que precisa mentir porque senão não vai conseguir a assistência de qualidade que ela precisa ser respeitada. Então, é isso assim, a gente ainda tem muito que se preparar no trabalho.

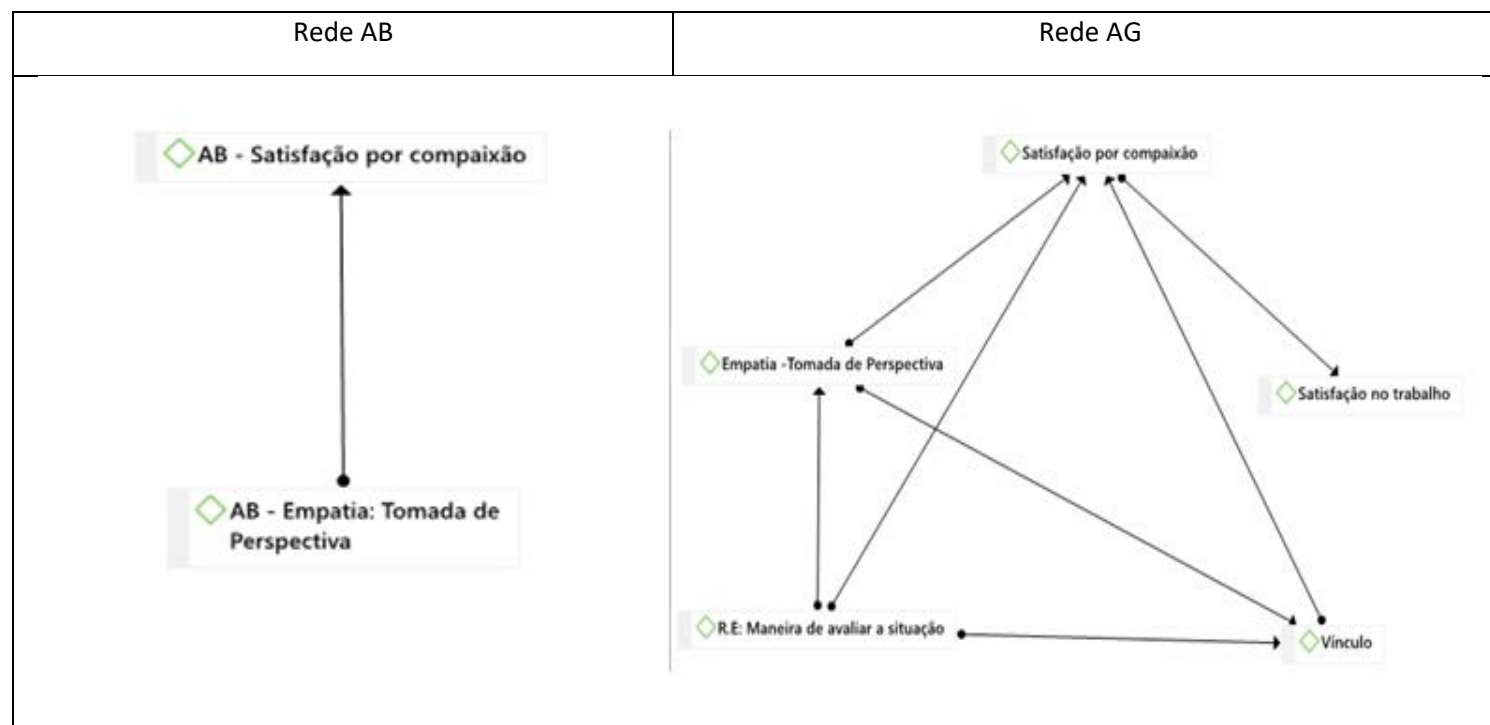


Figura 10. Redes semânticas emergentes do conceito "Satisfação por compaixão".

Na assistência obstétrica e perinatal em geral, por sua vez, a rede semântica da satisfação por compaixão demonstra novos conceitos emergentes dos dados. Identificamos, assim, que a satisfação por compaixão está associada à Tomada de Perspectiva, ao vínculo, à satisfação no trabalho e a estratégias cognitivas de regulação emocional.

Nessa rede semântica a Tomada de Perspectiva manteve seu papel determinante para o desencadeamento da satisfação por compaixão. Desse modo, levantamos a hipótese de que a Tomada de Perspectiva é a base para o desenvolvimento de experiências gratificantes na relação entre profissionais e pacientes durante o exercício do cuidado. Afinal, como já indicado, essa dimensão cognitiva da empatia permite acessar nas pacientes o impacto do trabalho oferecido a elas.

O vínculo, da mesma forma, mostra ter papel imprescindível no desenvolvimento da satisfação por compaixão. Isso ocorre, pois, através do vínculo, a assistência tem ganhos qualitativos. Afinal, como vimos a partir de Campos (1996/1997 [2002]) o vínculo potencializa o cuidado integral e oferece subsídios que sustentam o desenvolvimento de uma clínica do cuidado ampliada e humanizada. Ao desenvolver uma assistência integral, melhores serão os efeitos do cuidado sobre as usuárias e, ao tomar o ponto de vista dessas, maior será a percepção do potencial do trabalho.

Entrevistada D: Então assim, eu falei "nós vamos estar juntas, independente se o seu bebê conseguir enfrentar esse momento delicado ou se não, então, pelo menos você não vai estar sozinha aqui". E é isso que eu sentia, que ela não estava sozinha, que tinha alguém que ela podia contar as coisas ali, que ela podia saber que eu não ia sair contando pra todo mundo, né?! E é bom você ser companhia, né?! Você estar junto é gratificante.

Além disso, a satisfação por compaixão é influenciada por estratégias cognitivas de regulação emocional. A partir da maneira de avaliar as situações geradoras de emoções, os profissionais conseguem ressignificar suas emoções e experiências de trabalho. Por meio da interpretação e do significado que o trabalhador dá ao seu trabalho

e ao efeito dele sobre as pacientes faz-se possível compreendê-lo de forma positiva e potente para a garantia ao direito de saúde dessas mulheres. Essa relação está expressa nas citações dos Entrevistados C e F.

Entrevistada C: Eu amo o que eu faço no hospital, eu amo a maternidade. Eu amo atender aquelas mães. Por mais, corrido que seja, por que 6 horas de trabalho é muito pouco para você atender essas mães. Mas o momento que eu estou com elas, eu estou cem por cento com elas. Então, aí você conseguir atendê-las, conseguir fazer um encaminhamento que, até então é ao mais burocrático, mas pegar disso o suprasumo disso, o porquê que ela tá indo, isso me deixa muito muito satisfeita.

Entrevistado F: Outros relatos que me traziam muita satisfação, por perceber as estratégias que aquela mulher encontrava para superar sua dor na violência, ou o movimento que ela fazia durante o processo terapêutico e que demonstrava que a nossa atividade ali tava legal, tava no caminho certo, porque ela vinha superando isso.

Por fim, a satisfação por compaixão está associada à satisfação no trabalho. Afinal, por meio da satisfação por compaixão são acentuadas as relações de confiança e suporte mútuo entre os companheiros de trabalho, a autonomia, a visibilidade e o reconhecimento do trabalhador. Assim, a satisfação por compaixão proporciona motivação, resistência, interesse e um sentimento de realização para ajudar os usuários a superar os seus sofrimentos.

Conclusão

Em situações de conflitos éticos e morais, como é a assistência tardia ao abortamento ilegal, a empatia dos profissionais de saúde é influenciada por estratégias cognitivas de regulação emocional. A presença desses reguladores na atenção tardia ao abortamento ilegal nos mostra que tomar o ponto de vista das pacientes e preocupar-se com elas demanda um esforço cognitivo contínuo dos profissionais de saúde durante o exercício laboral. Essa constatação vai de encontro às propostas teóricas que apostam no caráter inato e natural da empatia, como o fazem Hoffman (1981) e Werneken e Tomasell (2006) (citados em Myres, 2014).

Acessar empaticamente as usuárias que buscam o serviço após realizar um aborto ilegalmente é ultrapassar os indutores sociais que marcam o lugar marginalizado ocupado historicamente pelas mulheres que se negam a gestar e a exercer a função materna. Apesar da centralidade teórica que os indutores sociais ocupam nesse estudo não foi verificada a emergência deles nas redes semânticas derivadas das dimensões da empatia. Levantamos a hipótese de que a ausência desse código está relacionada à chamada Zona Muda. Segundo Guimelli e Deschamp (2000), a partir de Menin (2006), a Zona Muda é composta de elementos da representação social que vão de encontro à normatividade cultural de um grupo, nesse caso do grupo de trabalhadores da saúde. Isso significa que, por vezes, crenças, julgamentos e pensamentos não são expressos, pois podem entrar em conflito com os valores morais e éticos dos trabalhadores, bem como podem entrar em conflito com a identidade desses. Assim, interpretamos que a ausência desse código é sintoma de uma inibição cultural e social sobre a temática.

Ultrapassar os atravessadores sociais, culturais e históricos exige um esforço cognitivo que, por vezes, culmina no desgaste emocional dos trabalhadores. Entretanto, a presença desse sintoma comum à fadiga por compaixão (Figley, 1995) não é suficiente para indicar a ocorrência desse adoecimento no contexto do cuidado tardio ao abortamento. Sua presença sinaliza a potência desse contexto de assistência para a promoção do sofrimento laboral.

As experiências gratificantes nesse campo, por sua vez, encontraram pouca expressividade, apresentando-se associadas apenas à possibilidade de identificar nas usuárias o impacto positivo do trabalho. As condições de trabalho não exerceram influência ou foram influenciadas pela satisfação por compaixão.

As condições de trabalho narradas pelos profissionais entrevistados apontaram para a precarização do trabalho no SUS. A precarização do trabalho no cuidado tardio ao

abortamento está presente especialmente pelo aumento do ritmo do trabalho e pela fragmentação do cuidado, sustentada pelo discurso das especialidades.

Concordando com Antunes (1999), colocamos que as condições de trabalho impactam o modo de pensar, sentir e fazer dos trabalhadores de saúde. No contexto em estudo, as condições de trabalho fragilizam as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as usuárias, diminui o tempo de contato entre esses atores sociais, dificulta o desenvolvimento da empatia e contribui para o adoecimento laboral.

Nas demais assistências desenvolvidas no campo da obstetrícia e da perinatalidade o desenvolvimento da empatia é facilitado pela cultura, em especial pelas representações sociais que concernem a maternidade (Oba et al., 2012). Assim, é exigido menor esforço cognitivo do trabalhador no desenvolvimento da empatia. Por outro lado, esse trabalhador despenderá mais esforços pessoais para se distanciar afetivamente das usuárias e das emoções vicariantes decorrentes das relações empáticas estabelecidas.

De acordo com Falcone et al. (2008) experimentar secundariamente as emoções de alguém é uma das expressões da Angústia Pessoal. Nesse estudo, contudo, verificamos que o contágio emocional está relacionado à experiência dos profissionais de saúde em tomar o ponto de vista e se preocupar com as pacientes, especialmente quando estabelecido vínculo entre as partes. O vínculo, neste estudo, emergiu como marca da principal diferença entre a experiência empática no contexto de conflitos éticos e morais dos demais contextos dentro da obstetrícia e perinatalidade. No campo da saúde coletiva o estudo do vínculo majoritariamente ocorre no contexto da atenção primária à saúde, dado o perfil de continuidade que sustenta a assistência nesse nível de atenção (Brunello et al., 2010).

No SUS a assistência obstétrica e perinatal ocorre, sobretudo, em dois níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, onde são realizadas as consultas de pré-natal e

exames preventivos de promoção e prevenção da saúde da mulher, e na atenção terciária, onde ocorrem os partos e as intervenções cirúrgicas. Em vista disso, frequentemente a equipe de saúde nos hospitais do SUS terão o primeiro contato com as mulheres que demandam assistência obstétrica minutos ou horas antes da realização dos procedimentos ou do parto (Brasil, 2005a). Desse modo, o vínculo nesse contexto da obstetrícia e da perinatalidade, muitas vezes, está reduzido a uma única internação hospitalar e configura um campo de investigações científica pouco explorado.

No presente estudo o vínculo se apresentou como produto que emerge da empatia despendida às pacientes em situações gerais da assistência obstétrica e perinatal. Assim, constatamos que a constituição do vínculo na assistência à saúde não se sustenta apenas pelo prolongamento temporal da relação entre os profissionais de saúde e usuárias, o que é proposto por Brunello et al. (2010) e Barbosa e Magalhães (2017). Mais do que a durabilidade das relações, o vínculo se sustenta pela Tomada de Perspectiva e pela Preocupação Empática despendida às mulheres. O vínculo emerge como condição potente para a promoção de laços de confiabilidade, segurança e respeito.

Se por um lado o vínculo traz a possibilidade do desenvolvimento de uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção em saúde, como ressaltam Campos (1996/1997 [2002]), Brunello et al. (2010) e Barbosa e Magalhães (2017), por outro lado o vínculo produz efeito ambíguo à saúde mental do trabalhador.

As regulações emocionais e as condições de trabalho conferem a linha tênue que separa uma experiência adoecedora de outra gratificante. Dada a precarização do trabalho no SUS, concluímos que, seja no contexto da atenção tardia ao abortamento seja nos demais campos da assistência obstétrica e perinatal, o desenvolvimento da empatia e as experiências gratificantes no trabalho dependerão de uma habilidade interna de autorregulação dos profissionais de saúde.

Configura-se, portanto, mais uma habilidade que recai ao trabalhador compondo o arsenal de exigências necessárias ao trabalho em saúde no SUS. No contexto de conflitos éticos e morais é adicionada a esse arsenal de exigências a habilidade do profissional de saúde de ultrapassar os atravessadores sociais, culturais, políticos e institucionais que historicamente os distanciam afetivamente das pacientes que provocam um aborto.

O processo de formação dos profissionais de saúde tem capacidade de mudar esse cenário, em especial no campo de conflitos éticos e morais. Promover um ensino reflexivo que abarque elementos da história e luta das mulheres pela garantia de autonomia reprodutiva nas disciplinas voltadas à formação em obstetrícia e perinatalidade parece um início razoável para a promoção do direito universal à saúde de qualidade das mulheres, sem discriminação e sem violências, e para a redução da angústia dos profissionais frente à temática do abortamento ilegal.

A responsabilização da gestão e do Estado sobre a qualidade da assistência, bem como sobre a saúde mental do trabalhador no SUS também apresenta condições para a efetivação da transformação dessa realidade. Assim, para o desenvolvimento da empatia e para a promoção de experiências gratificantes que garantam a qualidade de vida do trabalhador, o apoio da gestão e do Estado não poderá se restringir ao nível da recomendação. É preciso partir da garantia de condições de trabalho que superem a modelo taylorista de produção, dado que esse modelo promove o sofrimento laboral, adoecimento pelo trabalho e prejudica a qualidade da relação estabelecida entre os trabalhadores e suas pacientes.

Por fim, levantamos a hipótese de que os sintomas descritos por Figley (1995) como pertencentes à fadiga por compaixão emergem, principalmente, do esforço cognitivo despendido pelos trabalhadores de saúde para a execução laboral. Esse esforço

exige dos trabalhadores importantes habilidades de autorregulação para tomar o ponto de vista das pacientes e se preocupar com elas, bem como para deixar de fazê-lo quando a empatia se torna inoportuna. Frente a esse levantamento hipotético apontamos a pertinência do desenvolvimento de novas pesquisas qualitativas que se proponham a aprofundar o conhecimento sobre o sofrimento laboral dos trabalhadores a partir dos processos empáticos, considerando-se suas dimensões e atravessadores.

Referências

- Aguiar, P., Salgueira, A., Frada, T. & Costa M. J. (2009). Empatia médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Anais do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Antunes, R. (1999) *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 6. ed. Campinas: Cortez/Unicamp.
- Atlas. Ti. (2017). *Version 8.2*. Windows Company.
- Barbosa, M. I. S & Magalhães, M. L. (2017). Vínculo: Um conceito problemático no campo da saúde coletiva. *Rev de Saúde Coletiva*, 27(4), 1003-1022. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01003.pdf>
- Battikha, E.C. (2011). *A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Norma técnica. *Atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: DF.
- Brasil (2005a). Ministério da Saúde. Manual técnico. *Pré-natal e puerpério: Atenção humanizada e qualificada*. Brasília, DF.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília, DF.

- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao aborto: Normas Técnicas*. Brasília, DF.
- Borges, L.O., Argolo, J.C.T & Baker, M.C.S. (2006). Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 34-43. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/html/188/18819106/>
- Borsari, C. M. G., Nomura, R. M.Y., Benute, G.G., Nonnenmacher, D., Lucia, M.C.S & Francisco, R.P.V. (2012). O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Rev Feminina*, 40(2), 63-68. Recuperado a partir de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3094.pdf>
- Brunello, M. E. F., Ponce, M.A.C., Assis, E.G., Andrade, R.L.M., Scatena, L.M., Palha, P.F. & Villa, T.C.S. (2010). O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Rev Acta Paul Enferm*, 23(1), 131-135. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>
- Campos, G. W. S. (1996/1997 [2002]). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Editora Hucitec
- Cavalcante, R. B., Calixto, P. & Pinheiro M.M.P. (2014). Análise de conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Rev Informação & Sociedade*, 24(1), 13-18.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Diniz, D., Medeiros, M. & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, 22(2), 653-660. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt
- Escrivá, M.V.M., Garcia, P.S. & Navarro, M.D.F. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Rev Psicothema*. 14(2), 227-232. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/28079737_Procesos_cognitivos_y_emocionales_predictores_de_la_conducta_prosocial_y_agresiva_la_empatia_como_factor_modulador
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M.C., Luz, R.C.M., Fernandes, C.S., Faria, C.A., D'Augustin, J.F., Sardinha, A. & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.):

- desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Rev Aval. Psicol.* 7(3), 321-334. Recuperado a partir de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712008000300006
- Flick, U. (2008). *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3º ed. Cidade: Artmed.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R. Figley (Ed.). *Compassion Fatigue*, 1-20. Cidade: Editora.
- Gondin, S. M. G & Siqueira, M. M. M. (2014). Emoções e afetos no trabalho. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. 2º Edição. (pp. 284-315). Artimed, Porto Alegre.
- Gondim, S. M. G. (2015). Emoções e Trabalho. *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações*. 311-324. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. Chapter 1. (pp. 3-24).
- Kovacs, M. J. (2010) Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Rev O Mundo da Saúde*. 34(4) 420-429. Recuperado de: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
- Lago, K. C. (2008). *Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lago, K. C. (2013). *Compaixão e Trabalho: Como Sofrem os Profissionais de Saúde*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Lemos, A. & Russo, J.A. (2014). Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Rev Interface*, 18(49), 301-312. Recuperado a partir de: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n49/301-312/>
- Lemos, L. F. S & Cunha, A. C. B. (2015). Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. *Rev Psicologia em Estudo*. 20(1), 13-22. Recuperado a partir de: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23885/pdf_2
- Lima, M. J. V. & Andrade, N. M. (2017). A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Rev Saúde Soc*, 26(4), 958-972. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-958.pdf>

- Madeiro A. P & Rufino, A C. (2017). Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8), 2771- 2780.
- Magalhães, P. M. & Feriotti, M. L. (2015). Atenção ao vínculo em neonatologia: grupos Balint-Paideia – uma estratégia para lidar com a dor e a incerteza em situações-limite. *Rev NESME*, 12(2), 20-30. Recuperado a partir de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v12n2/v12n2a04.pdf>
- Myers, D. G. (2014). *Psicologia Social*. 10. ed. (pp. 342- 371). Porto Alegre: AMGH.
- Oba, M. V., Kinouchi, F.L., Scanduzzi, R.J., Soares, D.W & Brandão, M.L. (2012). O ser mulher mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. *Health Sci Inst*. 30(4), 343-348. Recuperado a partir de: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_o-ut-dez/V30_n4_2012_p343a348.pdf
- Scholze, A. S., Junior C.F.D. & Silva, Y.F. (2009) Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Rev Interface*. 13(31), 303-14.
- Sena, L. M. & Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Rev Interface*, 21(60), 209-220.
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL Manual. 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Strauss A. & Corbin J. (2008). Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2 ° edição; Artmed. Porto Alegre.
- Tekaki, M. A. & Sant’ana, D. M. G. (2004) A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Rev Cogitare Enfermagem*, 1(9). 79-83.
- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A. & Diniz, S. G. (2013). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 10(35), 1- 12.
- Vikan, A. (2017). Emoções. 1º Edição; CRV. Curitiba.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-574.
- Weiner, B (2010). Attribution Theory. *International Encyclopedia of Education*. V. 6. 558-563.

Considerações finais

O conteúdo do trabalho em saúde está associado à dor e ao sofrimento, contudo o trabalho na obstetrícia e na perinatalidade carrega outra conotação social. A representação social acerca da maternidade reforça o estereótipo de que o trabalho nesse contexto promove essencialmente experiências positivas aos profissionais de saúde. Isso, pois, frequentemente, esse campo é associado à saúde e ao nascimento de uma nova vida, idealmente desejada e bem quista pela mulher. Porém, a maternidade também pode ser palco de outras vivências, como a recusa da mulher pela função materna, o abandono parental, a morte fetal e materna, as comorbidades perinatais, o abortamento induzido ilegalmente, entre outros (Battikha, 2011; Lemos & Cunha, 2015).

O estudo qualitativo desenvolvido no campo da assistência tardia ao abortamento ilegal nos permitiu adentrar em uma realidade invisibilizada nas maternidades. Através de entrevistas episódicas foi inaugurada a compreensão acerca da fenomenologia da empatia no contexto do cuidado tardio ao abortamento ilegal. Foi produzida, assim, uma assimilação ampla e detalhada das características da empatia capaz de delinear o fenômeno e explicitar as suas especificidades.

Verificamos nesse estudo que a assistência tardia ao abortamento induzido expõe o profissional à dor e ao sofrimento das pacientes. Essa exposição está associada à emergência da empatia na relação dos trabalhadores com as pacientes, permitindo, portanto, que esses identifiquem os estados mentais e emocionais das pacientes, bem como se preocupem com elas.

A empatia encontra facilitadores e inibidores na cultura, nas condições de trabalho, na atribuição de causalidade, nos indutores sociais e na história de vida dos profissionais (Davis, 1983; Escrivá et al., 2002; Takaki & Sant'Ana, 2004; Myers, 2014).

No contexto do cuidado tardio às mulheres a emergência da empatia ultrapassa os antecedentes que, sobretudo, são inibidores do seu desenvolvimento. Para ultrapassar esses antecedentes e desenvolver a empatia os profissionais lançam mão de estratégias de autorregulação, a partir da atribuição de um novo significado ao aborto ou, ainda, a partir do redirecionamento da atenção na situação do cuidado, para não tomarem nota acerca da etiologia do aborto. Esse esforço despendido pelo profissional de saúde nos revela que a empatia é constituinte para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

O exercício laboral nesse contexto exige que os profissionais tomem conhecimento acerca da dor e do sofrimento de suas pacientes, compreendendo, assim, os estados emocionais delas (Lago, 2008; 2011; Aguiar, 2009). Assim, ao não encontrar na situação, na cultura e nas condições de trabalho antecedentes facilitadores ao desenvolvimento da empatia, os profissionais buscam recursos internos para alcançar empaticamente suas pacientes.

Dada essa colocação emergente desse estudo, concluímos que as estratégias de regulação emocional atuam como intermediadoras da expressão da empatia. Através desse mecanismo interno os profissionais podem se aproximar ou se afastar empaticamente de suas pacientes. O resultado desse esforço nos trabalhadores frequentemente é o desgaste emocional.

Levantamos a hipótese de que o desgaste emocional corresponda ao esforço cognitivo dos profissionais em tomar o ponto de vista dessas mulheres e preocupar-se com elas. Trata-se de um gerenciamento dos estados emocionais que implica no esforço do trabalhador em expressar emoções compatíveis com as demandas sociais e organizacionais. Desta forma, os profissionais oprimem as emoções espontâneas que estão presentes nas relações, na tomada de decisão e no comportamento. Este

gerenciamento é capaz de impactar negativamente o bem-estar do trabalhador e as próprias organizações (Gondim, 2015).

O desgaste emocional revela que o trabalho em saúde no campo dos conflitos éticos e morais oferece condições para o adoecimento mental pelo trabalho. Todavia, sua ocorrência não é o suficiente para afirmar o desenvolvimento da fadiga por compaixão nesses trabalhadores, especialmente porque os profissionais de saúde não atuam exclusivamente no contexto do cuidado ao abortamento induzido, vistas as condições de trabalho que envolvem o trabalhador em vários setores no ambiente hospitalar. Embora a ocorrência do desgaste não permita essa afirmação conclusiva, ela traz questionamentos importantes quanto ao impacto da empatia à saúde do trabalhador.

Compreendemos nesse estudo que, no contexto da atenção tardia ao aborto ilegal, o desgaste emocional no trabalho é proveniente da ausência de recursos ambientais, situacionais, organizacionais e culturais que promovam o desenvolvimento da empatia. Atuar em um contexto cujos antecedentes são inibidores da empatia gera desgaste, pois, a empatia é uma ferramenta de trabalho dos profissionais de saúde e ao não encontrar condições para o seu desenvolvimento o profissional esbarra em uma lacuna entre o seu trabalho de cuidado e a demanda de cuidado das pacientes. Essa lacuna mostra-se facilitadora ao adoecimento mental laboral.

Ao realizarmos o estudo comparativo entre o contexto da assistência tardia ao abortamento provocado ilegalmente e as demais assistências no campo da maternidade verificamos que a empatia, ao ser facilitada por algum dos seus antecedentes, produz uma aproximação afetiva entre os atores sociais que compõem a cena do cuidado. Por vezes, indesejável pelos profissionais. Assim, o desgaste emocional é proveniente do esforço de se afastar emocionalmente da relação empática estabelecida com as pacientes.

Em vista disso, concluímos que para um mesmo profissional de saúde, o efeito da empatia à saúde mental sofrerá variações segundo o contexto de atuação. Essa afirmativa traz subsídios para repensarmos as políticas públicas voltadas à saúde e bem-estar do trabalhador a partir do conteúdo do trabalho.

O cuidado em saúde despendido a grupos estigmatizados, como o grupo de mulheres que decidiram interromper a gestação ilegalmente, exige melhores condições de trabalho para a execução do trabalho e uma formação em saúde ampliada, que abarque os aspectos sociais e culturais que atravessam os direitos reprodutivos das mulheres. Os profissionais necessitam de maior tempo para o exercício do cuidado voltado a essas mulheres e um ambiente laboral amistoso entre os pares. A sugestão que deixamos aqui é formação de equipes específicas para o cuidado do abortamento, tal como já ocorre em algumas maternidades públicas para o atendimento de mulheres que buscam pelo aborto legal.

Apostamos nessas intervenções como possibilidades de transformações da realidade. Identificamos nessas possibilidades a melhoria da qualidade da assistência voltadas às mulheres que realizaram um aborto ilegal e da promoção de experiências gratificantes no trabalho. Assim, tornar-se-ia facilitado o desenvolvimento da satisfação por compaixão.

Por fim, levantamos a importância da realização de novos estudos empíricos que explorem o desenvolvimento da empatia em outros contextos do cuidado. Especialmente pesquisas que consigam incluir as usuárias do serviço para ampliarmos nossa compreensão acerca do efeito das relações na saúde das pacientes e, assim, promover maiores condições para humanização da saúde.

Referências

- Aguiar, P., Salgueira, A., Frada, T. & Costa M. J. (2009). Empatia médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Anais do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Battikha, E.C. (2011). *A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Escrivá, M.V.M., Garcia, P.S. & Navarro, M.D.F. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Rev Psicothema*. 14(2), 227-232. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/28079737_Procesos_cognitivos_y_emocionales_predictores_de_la_conducta_prosocial_y_agresiva_la_empatia_como_factor_modulador
- Gondim, S. M. G. (2015). Emoções e Trabalho. *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações*. (pp. 311-324). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lago, K. C. (2008). *Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lago, K. C. (2013). *Compaixão e Trabalho: Como Sofrem os Profissionais de Saúde*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Lemos, L. F. S & Cunha, A. C. B. (2015). Morte na maternidade: Como profissionais de saúde lidam com a perda. *Rev Psicologia em Estudo*, 20(1), 13-22. Recuperado a partir de: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23885/pdf_2
- Madeiro A. P & Rufino, A C. (2017). Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8), 2771- 2780.
- Myers, D. G. (2014). *Psicologia Social*. 10. ed. Porto Alegre: AMGH. 342- 371.

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão nos trabalhadores da assistência à mulher em abortamento: um estudo sobre o efeito da empatia na saúde mental do trabalhador”, desenvolvida pela mestranda Tamara Aveline de Souza e orientada pela Profa. Arianne Agnes Corradi (Belo Horizonte). Sua participação é voluntária, sem ônus, e você pode desistir de participar a qualquer momento, retirando seu consentimento sem qualquer prejuízo.

Essa pesquisa tem como objetivo identificar os efeitos da empatia no desenvolvimento de elementos da Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão nos trabalhadores da assistência a mulheres que induziram o aborto.

Para que essa pesquisa seja realizada, gostaríamos de contar com sua colaboração como entrevistado(a). Nossas entrevistas são semiestruturadas e individuais com duração aproximada de uma hora. Elas serão devidamente agendadas e realizadas de acordo com a sua disponibilidade.

Esperamos que os resultados desse estudo possam contribuir para o conhecimento sobre o papel da empatia na saúde mental dos trabalhadores e, por conseguinte, na assistência em saúde oferecida às mulheres em situação de abortamento.

Os riscos de sua participação consistem na exposição de suas opiniões e emoções. Contudo, você não será identificado(a) em nossas entrevistas. As suas respostas serão gravadas e armazenadas no nosso banco de dados eletrônico cujo acesso é restrito aos responsáveis por esta pesquisa. O tempo de armazenamento destas se estenderá até o momento de publicação do resultado da pesquisa. Uma vez publicado o resultado desta pesquisa, o material coletado será descartado. A divulgação dos resultados será feita sem identificar os(as) participantes.

Você poderá não se beneficiar diretamente por participar da pesquisa, mas poderá ajudar o futuro de outros trabalhadores com experiências próximas às suas, além de auxiliar os gestores públicos a tomarem decisões sobre políticas de saúde que atendam necessidades dos profissionais de saúde que atuam no contexto estudado. Assim, você poderá se beneficiar indiretamente.

Você ficará com uma via deste Termo e poderá manifestar suas dúvidas, a qualquer tempo, à mestranda Tamara Aveline de Souza, em Belo Horizonte (informações de contato no rodapé). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (informações abaixo).

Consentimento Livre e Esclarecido Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão nos trabalhadores da assistência à mulher em abortamento: um estudo sobre o efeito da empatia na saúde mental do trabalhador”

Participante da pesquisa:

Nome:	Assinatura
-------	------------

Pesquisador responsável

Tamara Aveline de Souza (Belo Horizonte)	Assinatura:
--	-------------

Endereço: Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Sala 4100. Campos Pampulha. Av. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901. (Telefone: 3409-6266).
E-mail: tamara.aveline@yahoo.com.br

Comitê de ética e Pesquisa: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901. (telefone 0xx31-3409-4592)

Apêndice B: Roteiro de Entrevista

1. Qual a sua formação?
2. Há quanto tempo você atua como profissional de saúde?
3. Como é sua rotina de trabalho?
4. Quais emoções você experiencia na rotina do seu trabalho?
5. Você acha que o seu trabalho implica em algum tipo de desgaste? Que tipo de desgaste?
6. Você já teve sonhos com algum paciente que você atendeu? Poderia contar o que já apareceu em seus sonhos?
7. Ao perceber que o paciente necessita de alguma ajuda ou cuidado, qual a sua reação?
8. Na relação com o paciente, o que te deixa mais cansado?
9. Na relação com o paciente, o que é mais gratificante? O que te deixa mais feliz?
10. Você diria que a sua forma de ver o mundo mudou depois que você se tornou um trabalhador de saúde?
11. Você sente que o seu tipo de trabalho afeta a sua vida pessoal? Como? Como você busca lidar com isso?
12. Se você pudesse escolher os atendimentos, quais tipos você preferiria fazer? Quais não? Por quê?
13. Você conhece alguém que tenha dificuldade em lidar com as emoções vividas no trabalho? Qual foi esta dificuldade? Como ela foi manifestada?
14. Conte-nos um episódio da assistência que tenha te impactado emocionalmente.
15. Neste episódio, o que você pôde perceber sobre as emoções vivenciadas pela usuária do serviço?
16. Como estas emoções foram demonstradas?
17. Como você se sentiu durante o atendimento prestado?
18. Como você se sentiu após este atendimento?
19. Durante a assistência prestada neste episódio, você se colocou no lugar do paciente ou dos seus familiares?
20. Colocar-se no lugar do outro facilita ou dificulta a assistência?
21. Como a equipe lidou com o episódio? Como você se sentiu pelo modo como a equipe lidou com o episódio?
22. O trabalho em equipe facilitou ou dificultou a qualidade da prestação da assistência? Por quê?

23. Qual o maior desafio que você encontra na realização deste tipo de assistência?
24. Qual o maior desafio que a equipe encontrou na realização deste tipo de assistência?
25. Conte-nos um episódio da assistência a uma usuária do serviço que tenha buscado os cuidados em saúde após indução de aborto.
26. Esse episódio te impactou emocionalmente? Por quê?
27. No episódio narrado, o que você imagina que possa ter motivado esta mulher a induzir o aborto?
28. Como você acredita que esta paciente estava se sentindo no momento da assistência?
29. O que você pôde perceber sobre as emoções vivenciadas por ela naquele momento?
30. Como estas emoções foram demonstradas?
31. Como você se sentiu durante o atendimento prestado?
32. Como você se sentiu após este atendimento?
33. Durante a assistência prestada neste episódio, você se colocou no lugar da paciente ou dos seus familiares?
34. Colocar-se no lugar do outro nesses casos facilita ou dificulta a assistência?
35. Qual o maior desafio que você encontra na realização deste tipo de assistência?
36. Como a equipe lidou com o episódio? Como você se sentiu pelo modo como a equipe lidou com o episódio?
37. O trabalho em equipe facilitou ou dificultou a qualidade da prestação da assistência? Por quê?
38. Com que frequência você realiza atendimentos no contexto de indução do aborto?
39. Qual o maior desafio que você encontra na realização deste tipo de assistência?
40. Qual o maior desafio que a equipe encontra na realização deste tipo de assistência?
41. Você já teve sonhos com atendimento prestado a mulheres que induziram o aborto? Poderia contar o que apareceu no sonho?
42. Ser a favor ou ser contra a legalização tem implicações na emoção vivenciada pelo profissional neste contexto de atendimento?
43. Gostaria de fazer algum comentário adicional sobre emoções no trabalho e sobre os efeitos sobre você causados pela assistência a mulheres que induziram o aborto?